



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

REGRESSO A CASA: PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DA PUÉRPERA NA EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

Helena Isabel Chorão Bilo

Orientação: Professora Doutora Maria da Luz Barros

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

REGRESSO A CASA: PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DA PUÉRPERA NA EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

Helena Isabel Chorão Bilo

Orientação: Professora Doutora Maria da Luz Barros

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Évora, 2017



“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objeto singular, um amigo é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas é mais preciso ainda.”

Antoine de Saint-Exupéry

“Não importam as circunstâncias e não importam as adversidades, por mais difícil que seja o caminho, eu vou seguir em frente e vou reunir todas as forças, para que eu me transforme cada vez mais na pessoa que eu decidir ser.”

Madre Teresa de Calcutá

Agradecimentos

A realização do presente relatório contou com incentivos e apoios essenciais daqueles que me acompanharam nesta jornada, aos quais estou eternamente grata.

Agradeço a Deus a paz, serenidade e força que me deu para ultrapassar todas as dificuldades ao longo do percurso, permitindo-me concretizar mais um dos meus sonhos. Agradeço também a oportunidade de aprendizagem e crescimento, que me tornaram numa pessoa melhor.

À professora orientadora Doutora Maria da Luz, por toda a sua disponibilidade, pela orientação dada ao longo de todo o processo. Por todo o seu estímulo e apoio incondicional, que possibilitaram o meu enriquecimento pessoal e profissional, permitindo desenvolver os meus conhecimentos científicos. O seu apoio foi determinante para a conclusão desta tese.

Agradeço a todo o corpo docente do Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia e aos restantes profissionais da Escola de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora, por terem participado neste caminho.

Aos meus amigos (vocês sabem quem são), que estiveram mais perto durante este tempo, àqueles que apesar de longe sei que estiveram presentes, por toda a sua amizade, confiança, força e compreensão. Aproveito para pedir desculpa pela minha ausência, compreendida, tantas vezes.

Às minhas colegas de mestrado Vânia, Helena e principalmente a Sara, por todos os momentos de partilha, por todos os desabafos e por toda a força e entreaajuda, sem os quais, após alguns acidentes de percurso, não teria sido possível concluir este caminho.

Aos colegas de serviço da Medicina 2 e Obstetrícia, que me ajudaram durante todo o mestrado, pelos ensinamentos, pelo apoio nos momentos bons e menos bons. Por todas

as trocas de turnos indispensáveis para chegar até aqui.

Agradeço às três participantes do primeiro Curso de Recuperação Pós-parto no Hospital do Espírito Santo de Évora-E.P.E., à Patrícia, à Beatriz e à Tânia pela sua disponibilidade e empenho. Sem elas este Projeto não se teria concretizado.

À minha família que me tornou na pessoa que sou hoje e foi indubitavelmente o meu pilar. Em especial aos meus pais que sempre estiveram comigo e me deram toda a ajuda necessária para continuar a jornada; aos meus tios Pe. Adriano e Pe. Joaquim por todo o carinho e apoio; aos meus irmãos, principalmente aqueles que se tornaram indispensáveis no percurso, a Clara e o meu cunhado Gil, pela sua paciência e disponibilidade e aos meus 17 sobrinhos que me mostraram sempre que vale a pena continuar, pois existe todo um futuro à minha frente, para realizar aquilo de que mais gosto e tornar o mundo num sítio melhor. A todos eles, um muito obrigada por acreditarem sempre em mim e não me deixarem desanimar. Obrigada por tornarem este caminho muito mais leve e possível. Espero conseguir agradecer tudo o que contribuíram para o sucesso deste momento. Peço desculpa por tantas vezes estar ausente em momentos importantes nas vossas vidas e um muito obrigada pela vossa compreensão. A vocês dedico este trabalho.

RESUMO

Titulo: Regresso a casa: Promoção do bem-estar da puérpera na experiência da maternidade.

O puerpério é considerado o período de recuperação física e psicológica da mulher, que se inicia logo após a experiência de parto prolongando-se até seis semanas. O objetivo consistiu na promoção do bem-estar da puérpera na experiência da maternidade. Realizou-se o diagnóstico de situação numa amostra de puérperas (253), que tiveram o parto no Hospital do Espírito Santo E.P.E. Utilizou-se um questionário, onde se obtiveram os dados sociodemográficos/obstétricos e um segundo questionário, Preocupações Maternas de Sheil et al. (1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos e Pedrosa 2010. Identificaram-se preocupações sentidas na alta clínica, em relação a si, ao bebé, ao companheiro, à família e à comunidade. O internamento na maternidade após o parto revela-se insuficiente para a consolidação e aquisição das competências necessárias para cuidar de si e do seu filho. Desenvolveram-se atividades que permitiram a criação de um curso de recuperação pós-parto nas instalações do HESE- E.P.E.

Descritores (DeCS): Período pós-parto; Poder familiar; Educação parental; Saúde; Bem-estar materno.

ABSTRACT

Title: Return home: Promoting the well-being of the puerpera in the experience of motherhood.

The puerperium can be defined as the period of physical and psychological recovery of the woman, which begins soon after the experience of labor and lasts up to six weeks. The objective was to promote the well-being of the puerpera in the experience of motherhood.

A situation diagnosis was performed on a puerperae sample (253), who had their delivery at the Hospital do Espírito Santo E.P.E. A questionnaire was used, where sociodemographic / obstetric data were obtained and a second questionnaire, Preocupações Maternas de Sheil et al. (1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos at Pedrosa 2010. Concerns about the discharge of the baby, companion, family and community were identified. Placement in the maternity hospital after childbirth proves insufficient for the consolidation and acquisition of the necessary skills to care for the puerpera and her child. Activities were developed that allowed the creation of a postpartum recovery course at HESE-E.P.E.

Descriptors (DeCS): Postpartum period; Family power; Parental education; Health; Maternal well-being.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	12
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	16
2.1. CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	16
2.1.1. Caracterização da Estrutura Física do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HESE-E.P.E.	19
2.1.2. Caracterização dos Recursos Materiais.....	21
2.1.3. Caracterização dos Recursos Humanos	23
2.2. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	24
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	28
3.1. CARATERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO-ALVO DE PUÉRPERAS	29
3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO DE PUÉRPERAS	30
3.2.1. Caracterização da amostra da população-alvo de puérperas	33
3.2.2. Cuidados e Necessidades Especificas do Grupo de Puérperas	36
3.2.2.1. Dimensão – Preocupações em relação a Si	37
3.2.2.2. Dimensão – Preocupações em relação ao Bebê	40
3.2.2.3. Dimensão – Preocupações em relação ao Companheiro	44
3.2.2.4. Dimensão – Preocupações em relação à Família	45
3.2.2.5. Dimensão – Preocupações em relação à Comunidade	46
3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO.....	47
3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO	51
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	52
4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	52
4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO	53
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	54
5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	54
5.1.1. Objetivo 1 - Identificar as principais preocupações sentidas pelas puérperas à data da alta da maternidade.....	54
5.1.2. Objetivo 2 - Envolver a equipa de Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital do Espírito Santo de Évora-E.P.E.	

no Projeto	55
5.1.3. Objetivo 3 - Desenvolver ações que permitam a promoção da saúde das puérperas/ Objetivo 4 - Desenvolver ações que permitam à mulher/família a aquisição de competências para cuidar do recém nascido;	55
5.2. METODOLOGIAS	58
5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	59
5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOVIDOS.....	60
5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	61
5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL.....	62
5.7. CUMPRIMENTOS DE CRONOGRAMA.....	62
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO .	64
6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	64
6.1.1. Identificar as principais preocupações sentidas pelas puérperas à data da alta da maternidade.....	64
6.1.2. Envolver a equipa de Enfermeiros Especialistas em Saude Materna e Obstetricia do Serviço de Obstetricia e Ginecologia do Hospital do Espirito Santo de Évora-E.P.E. no Projeto	64
6.1.3. Desenvolver ações que permitam a promoção da saúde das puérperas, e desenvolver ações que permitam à mulher/família a aquisição de competências para cuidar do RN.....	65
6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	65
6.2.1. Identificar as principais preocupações sentidas pelas puérperas à data da alta da maternidade.....	65
6.2.1.1 Atividade: Aplicação do questionário com caracterização sociodemográfica e obstétrica, e de um segundo questionário QPM às puérperas do Hospital do Espirito Santo de Évora-E.P.E.....	65
6.2.1.2. Atividade: Análise dos resultados obtidos.....	66
6.2.2. Envolver a equipa de Enfermeiros Especialistas em Saude Materna e Obstetricia do Serviço de Obstetricia e Ginecologia do Hospital do Espirito Santo de Évora-E.P.E. no projeto	66
6.2.2.1. Atividade: Apresentação do Projeto à equipa de EESMO do Serviço de Obstetrícia do HESE, E.P.E./ Divulgação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação/ Apresentação do esquema do calendário das sessões de recuperação pós-parto.....	66
6.2.3. Desenvolver ações que permitam a promoção da saúde das puérperas e desenvolver ações que permitam à mulher/família a aquisição de competências para cuidar do RN.....	67
6.2.3.1. Atividade: Realização do Curso de Preparação para o Nascimento Pós-parto	67
6.2.3.2. Atividade: Criação de Sessões pós-parto teórico-práticas.....	68

6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS	72
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	73
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES.....	85
APÊNDICE A - Projeto: “Regresso a Casa: Promoção do Bem-estar da Puérpera na Experiência da Maternidade”	86
APÊNDICE B - Consentimento Informado	94
APÊNDICE C - Questionário “dados Sociodemográficos e Obstétricos.....	96
APÊNDICE D - Questionário de Preocupações Maternas de Sheil et al.(1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa 2010.....	101
APÊNDICE E - Características Sociodemográficas e Obstétricas da População-Alvo.....	106
APÊNDICE F - Tabelas de Contingência das Preocupações Maternas Relativas a Si com a Variável Preparação para o Parto	115
APÊNDICE G - Tabelas de Contingência das Preocupações Maternas em Relação ao seu Bebê com a Variável Preparação para o Parto	118
APÊNDICE H - Tabelas de Contingência das preocupações em relação ao bebê com a variável Paridade	120
APÊNDICE I - Planeamento da Sessão de Formação de Apresentação do Projeto.....	129
APÊNDICE J - Apresentação do projeto à equipa do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HESE-E.P.E.	131
APÊNDICE K- Declaração de Formação em Serviço	142
APÊNDICE L - Planeamento das Sessões do CRPP no HESE-E.P.E.	144
APÊNDICE M - Ficha de Inscrição no CRPP	151
APÊNDICE N - Certificado de Participação no Curso de Preparação para o Nascimento: Pós-Parto	154
APÊNDICE O - Ficha de avaliação do CRPP do HESE-E.P.E.	156
APÊNDICE P - Escala de Edinburgh	158
APÊNDICE Q - Questionário de Avaliação do CRPP.....	160
APÊNDICE R - Apresentação das Sessões do CRPP do HESE-E.P.E.....	164
ANEXOS	242
ANEXO A - Autorização para utilização do Questionário Preocupações Maternas de Sheil et al. (1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa 2010	243

ANEXO B - Pedido de Autorização ao concelho de Administração do Hospital do Espírito Santo Évora- E.P.E., para aplicação de dois questionários	245
ANEXO C - Pedido de cedência de utilização da sala de Grupos Terapêuticos, ao Diretor do Departamento de Psiquiatria do HESE-E.P.E.	247
ANEXO D - Autorização da Comissão de Ética para investigação nas áreas de saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora	249

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distrito Évora.....	17
Figura 2. Distrito de Residência.....	18
Figura 3. Número de Partos por Ano	18
Figura 4. Esquema físico do Serviço de Obstetrícia – Ginecologia do HESE-E.P.E.....	19
Figura 5. Taxa de Mortalidade Materna por cem mil.....	26
Figura 6. Diagrama de Atividades Internas.....	30
Figura 7. Diagrama de Atividades Externas.....	31
Figura 8. Caracterização Sociodemográfica da População-alvo.....	34
Figura 9. Caracterização Obstétrica da População-alvo.....	35
Figura 10. Medidas estatísticas descritivas relativas aos indicadores da dimensão preocupações em relação a si	38
Figura 11. Teste qui-quadrado das preocupações maternas em relação a si com a preparação para o parto.....	39
Figura 12. Medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão preocupações em relação ao bebé.....	41
Figura 13. Teste qui-quadrado das preocupações maternas em relação ao bebé/preparação para o parto.....	42
Figura 14. Teste qui-quadrado das preocupações maternas em relação ao bebé/contato com RN anterior ao parto.....	42
Figura 15. Teste qui-quadrado das preocupações maternas em relação ao bebé/paridade.....	43
Figura 16. Medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão preocupações em relação ao companheiro.....	45
Figura 17. Medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão preocupações em relação à família	45
Figura 18. Medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão preocupações em relação à comunidade.....	46
Figura 19. Programa de sessões do Curso de Recuperação Pós-Parto.....	57
Figura 20. Contatos durante a implementação do Projeto.....	61
Figura 21. Cronograma de atividades	63
Figura 22. Avaliação da diástase abdominal.....	71

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1. Índice alfa de Cronbach..... 33

Tabela 2. Cuidados Prestados a RNs antes do Parto 36

Tabela 3. Teste Kolmogorov-Smirnov 37

1. INTRODUÇÃO

O pós-parto é um período de transição significativo para as mulheres. Além de alterações fisiológicas associadas a este, sofrem também mudanças psicossociais marcantes à medida que passam para o papel de mãe. É um período de mudança, em que quase todos os aspetos da vida da mulher são interrompidos, surgindo um ajustamento psicológico e uma adaptação à condição de mãe, onde ocorrem grandes e importantes alterações hormonais, às quais se acrescenta todo o cansaço do processo de parturição (Raynor, citado por Guerra, Braga, Quelhas, & Silva, 2014).

Autores como Fahey e Shenassa (2013), referem que durante o período pós-parto a mulher enfrenta a tarefa de se ajustar às transições e restabelecer o equilíbrio, às rotinas e aos relacionamentos. Meleis, in Abreu (2008), refere que os enfermeiros lidam com os problemas reais e com pessoas em processo de transição, devendo assim refletir e realizar escolhas teóricas de modo a implementar uma tomada de decisão clínica, intervindo com cuidados adequados de enfermagem. Segundo a mesma autora (2000), os enfermeiros devem centrar a sua prática nas necessidades reais da pessoa e deste modo influenciar positivamente o processo de transição.

Para Meleis, citada por Petronilho (2007), as pessoas que vivenciam transições tendem a ser mais vulneráveis a ameaças que podem afetar a sua saúde e o seu bem-estar. Segundo Ruble et al. (1990) citado por Kaitz (2007), a transição para a parentalidade é marcada por alterações em todos os campos da vida de uma mulher. As mulheres no período puerperal estão mais vulneráveis e correm maior risco de problemas físicos, mentais e sociais que podem também atingir a restante família e a própria criança (Teixeira, Mandú, Corrêa & Marcon, 2015). As mães estão normalmente preocupadas com o bem-estar do seu filho, com a sua capacidade de cuidar dos seus filhos e com o impacto das mudanças nas suas relações mais próximas (Ruble et al., 1990, citado por Kaitz, 2007).

A mulher inicia também um processo de transição para a parentalidade que, na perspetiva de Alden (2013), é um processo de formação contínuo uma vez que os pais e o bebé se desenvolvem e mudam. Na atual visão a transição para a parentalidade é vista

como uma transição no desenvolvimento, em vez de um período de crise na vida dos pais. Para a maioria das mães e pais, esta transição, é um período de oportunidade em vez de um período de risco (Alden, 2013).

De acordo com a Recomendação n.º 1/2014, da Ordem dos enfermeiros (OE), o puerpério é o período de recuperação física e psicológica da mãe, que se inicia logo após o nascimento do(s) bebé(s) e se prolonga por 6 semanas (42 dias) após o parto.

O período pós-parto é segundo Afonso (2002), particularmente marcado por dificuldades a vários níveis, associadas à fisiologia do puerpério, dificuldades no cuidar do filho e dificuldades psicossociais. Segundo Montenegro e Rezende Filho (2011) é um período cronologicamente variável e impreciso onde ocorrem todas as alterações involutivas e de recuperação, até ao retorno do organismo ao período pré gravídico.

A vivência do puerpério varia de mulher para mulher. São inúmeros os fatores que vão influenciar a reação dos pais ao nascimento de um filho: idade, redes sociais, condições socioeconómicas e aspirações pessoais para o futuro (Alden, 2013).

Segundo Tallis citado por Kaitz (2007), as preocupações intensas e obsessivas das mães no período pós-parto, podem ser angustiantes e podem prejudicar a capacidade de tomar decisões e de resolver problemas. Fahey e Shenassa (2013) referem ainda que os fatores stressantes associados a este período podem levar à ansiedade, à fadiga e à diminuição do autocuidado, estando relacionados com o risco acrescido de perturbações físicas. Quando ocorrem problemas de saúde mental ou física estes estão, por sua vez, associados ao aumento do risco de problemas que implicam toda a família, tais como o término precoce da amamentação, o comprometimento da perceção do bebé, atrasos cognitivos da criança, o comprometimento da relação materno-infantil, a diminuição da imunidade infantil e o aumento dos problemas comportamentais da criança (Fahey & Shenassa, 2013)

Os cuidados especializados de enfermagem de saúde materna e obstetrícia são essenciais. Estes devem ter por base a prevenção de complicações, o conforto físico e emocional e a educação para a saúde, levando a puérpera a um estado de autonomia esclarecida que dê a possibilidade para atingir o equilíbrio que é necessário em todo o processo da maternidade (Tu Kun & Rezende, 2012).

Santos (2011) refere como principais dificuldades vivenciadas pela puérpera,

durante o período do puerpério, as dificuldades associadas à fisiologia do parto, dificuldades psicossociais e dificuldades no cuidar do recém-nascido. Considerando a complexidade deste período na vida da mulher, entende-se como essencial que a assistência pós-natal oferecida pela enfermagem deve responder às preocupações/necessidades individuais das mulheres e das suas famílias. Não valorizar as suas preocupações neste período tão vulnerável pode levar à alteração da dinâmica familiar e a problemas físicos e psíquicos com compromisso da experiência da maternidade (Santos, 2011).

A assistência à puérpera e RN é essencial no pós-parto e deve ser realizada pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG), que apresenta competências para vigiar a díade neste período, estando por isso preparado para implementar cursos de recuperação pós-parto (OE, 2010).

Os cursos de recuperação pós-parto têm como objetivo, segundo a OE (2014a), promover a saúde das puérperas, considerando as suas alterações físicas, emocionais e psicológicas, promovendo assim o desenvolvimento de competências para cuidar do recém-nascido; promover a prática de exercícios físicos adequados que ajudem a tonificar a musculatura abdominal e perineal, de forma a proporcionar uma recuperação da forma física e da postura correta da mulher e partilhar experiências entre os membros que participam no grupo, favorecendo assim a educação pelos pares.

Este Relatório tem a intenção de descrever todo o processo subjacente ao desenvolvimento e implementação da intervenção profissional, bem como todas as atividades realizadas durante o percurso do Projeto (APÊNDICE A), que pretende ser inovador, no Hospital do Espírito Santo-Entidade Publica Empresarial (HESE-E.P.E.), com a criação de um curso de recuperação pós-parto (CR PP), onde as preocupações das puérperas sejam atendidas de modo a favorecer a experiência da maternidade.

No que respeita à oferta de cuidados de saúde na área da saúde materna e obstétrica do HESE-E.P.E., este Projeto possui elevado interesse, uma vez que alarga a oferta dos cuidados prestados às puérperas, respondendo às suas preocupações, promovendo a melhoria da qualidade assistencial, prevenindo complicações e promovendo a sua saúde e bem-estar, dando também continuidade aos cuidados prestados

à saúde da mulher que já existem no HESE-E.P.E. e que incluem o Projeto de preparação para o parto, já implementado no mesmo hospital.

Para a concretização do meu Projeto, seguiu-se o curso habitual de autorizações pela hierarquia institucional, escolheu-se como população alvo as puérperas do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia (SOG) do HESE-E.P.E.. Realizou-se o diagnóstico da situação para identificar as principais preocupações das puérperas do HESE-E.P.E. à data de alta. Analisaram-se os dados obtidos e criou-se um modelo de curso de recuperação pós-parto onde foram abordadas as principais preocupações das puérperas, bem como a parte prática de recuperação física, através de exercícios físicos, para posterior apresentação nas sessões do CRPP a realizar no gabinete cedido pela instituição.

No CRPP implementado, foram decompostas e esclarecidas as preocupações maternas através de sessões de educação para a saúde, nas quais houve espaço para a recuperação da sua forma física. Assim, a puérpera estará preparada para uma maternidade saudável, onde a sua autonomia e confiança é favorecida através do conhecimento e prática baseada em conhecimento científico.

O presente Relatório está redigido conforme as normas da American Psychological Association (APA, 2013) e em concordância com o Novo Acordo Ortográfico por recomendação da circular 4/2011 da Universidade de Évora. O texto encontra-se organizado em secções e subsecções que respeitam o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em Enfermagem e do Regulamento do Ciclo de Estudos conducente ao Grau de Mestre pela Universidade de Évora (i.e. Ordem de Serviço n.º 8/2013).

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

A análise do contexto onde decorre uma ação é caracterizado pelo ambiente onde este acontece. No que respeita ao presente Projeto, desenvolveu-se num período único na vida da mulher, o período do pós-parto, sendo implementado no HESE-E.P.E.. O puerpério para além de ser um momento de grandes adaptações físicas e psicológicas, é considerado também um período de transição. Segundo Wilson, citado por Davies (2005), as transições necessitam que as pessoas interiorizem conhecimentos e alterem o comportamento face ao novo papel social. É assim essencial que o EESMOG tenha competências para reconhecer a puérpera como alguém que tem uma história e vivências particulares, que necessita de ajuda neste período tão específico (Soares & varela, 2007). O EESMO promove, assim, o autocuidado na assistência à mulher no período pós-gravídico, supervisionando, aconselhando e prestando os cuidados necessários (OE, 2010) tendo um papel essencial na adaptação da mãe, família e comunidade à nova condição (OE, 2014a).

O projeto atual foi desenvolvido com a intenção de ser implementado no HESE-E.P.E., de modo a garantir uma melhoria e um alargamento do leque de cuidados de saúde prestados às puérperas pelo SOG do mesmo hospital.

2.1. CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O Projeto realizado está enquadrado na área abrangida pelo HESE-E.P.E., mais concretamente do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia (SOG). O HESE- E.P.E. é um hospital público geral que está incluído na rede Nacional de Saúde (SNS) da região do Alentejo, desempenhando o papel de Hospital Central do Alentejo. Abrange a área do distrito de Évora, correspondente a 14 concelhos (Figura 1), num total de cerca de 150 mil pessoas. Tem uma área indireta de influência correspondente à Região do Alentejo, que inclui 33 concelhos, dos quais 15 do Distrito de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Alentejo Litoral, num total de cerca de 440 mil pessoas (HESE-E.P.E., 2017).



Figura 1. Distrito Évora

Fonte. <http://aep.org.pt/publicacoes/estudos-de-mercado-regionais/evora>

O HESE-E.P.E. pertence à Rede de Referência Hospitalar da Direção Geral da Saúde (DGS), no que diz respeito à Saúde Materno-Infantil, onde é considerado Hospital Central de Apoio Perinatal Diferenciado [HAPD], prestando assim apoio às utentes não só do Distrito de Évora, mas também de toda a região pertencente à Administração Regional de Saúde (ARS) do Alentejo (HESE-E.P.E., 2017). Recebe ainda grávidas de todas as regiões do país, respeitando as orientações legais (i.e. Despacho 7495/2006 de 4/4/2006; p. 5037-5039) e sempre que existe alguma patologia associada ou coexistente à gravidez, que possa condicionar a saúde do bebé, possibilitando-o de cuidados de saúde especializados.

De acordo com os dados obtidos com o diagnóstico de situação do projeto realizado, presente neste relatório, verifico que a grande maioria das puérperas é proveniente da região do Alentejo, mais propriamente do Distrito de Évora, conforme se pode verificar na Figura 2.

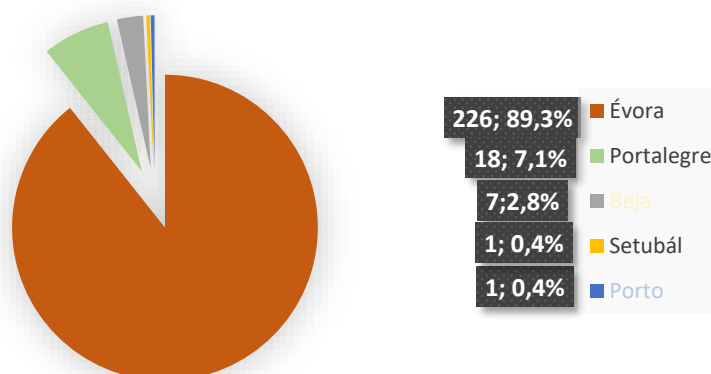


Figura 2. Distrito de Residência

Apesar de um dos critérios para a consideração de HAPD, estabelecer o número de partos, na instituição, superior a 1500/ano e este hospital ter um número de partos anual inferior a este limiar, em 2006 o Ministério da Saúde manteve o HESE-E.P.E. como HAPD.

De acordo com os dados recolhidos no Relatório de Avaliação- Portaria 310/2016, Artigo 3.º do HESE-E.P.E.-SOG de 2017, no período entre 2012 e o primeiro semestre de 2017 manteve o número de partos inferior a 1500/ano, verificando-se um total de nascimentos conforme documenta a Figura 3.

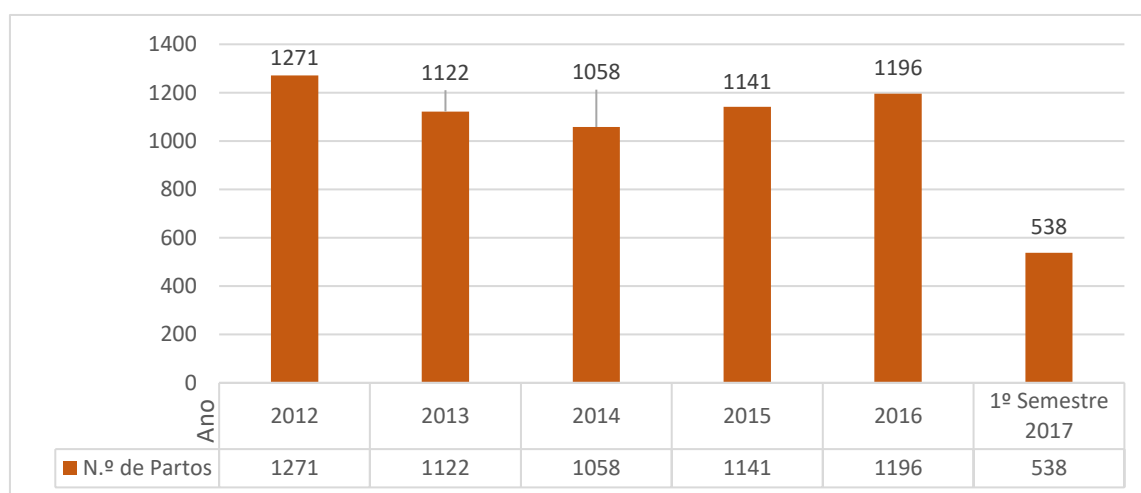


Figura 3. Número de Partos por Ano

Fonte: Relatório de Avaliação-Portaria 310/2016, Artigo 3º do HESE-E.P.E.- Serviço de Obstetria/Ginecologia de 2017

2.1.1. Caracterização da Estrutura Física do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HESE-E.P.E.

O SOG encontra-se no 3.º piso do HESE-E.P.E. e presta cuidados de saúde diretos a utentes do foro ginecológico, a grávidas, puérperas e RN em regime de internamento, assim como de urgência. A Figura 4 representa a planta do serviço do SOG do HESE, que vai ser descrito seguidamente.

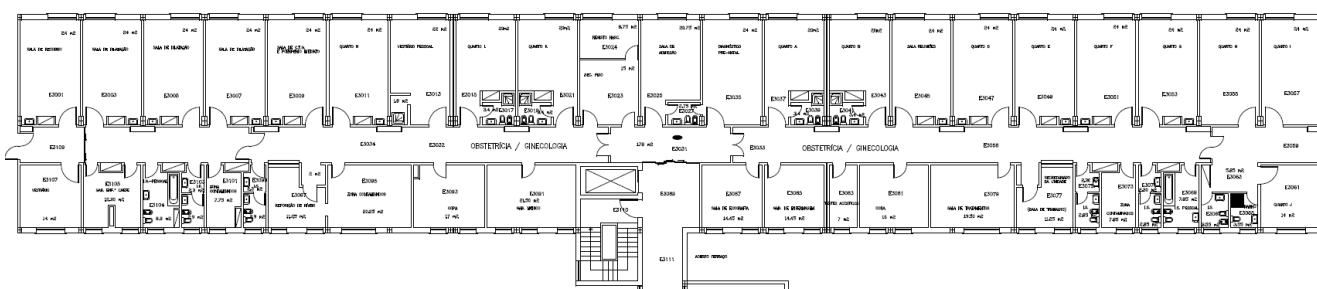


Figura 4. Esquema físico do Serviço de Obstetrícia – Ginecologia do HESE-E.P.E.

Fonte: Gabinete de Comunicação e Marketing do HESE-E.P.E.

O SOG do HESE-E.P.E. é constituído por duas alas, a ala esquerda e a ala direita. A entrada para o mesmo serviço, faz-se através de uma porta eletrónica que permite a entrada através de um código de segurança. Nessa entrada encontra-se um segurança que faz a gestão de entradas de pessoas, de segunda a sexta-feira das 8h às 20h, e nos fins-de-semana e feriados, das 15h às 16h30 e das 19h às 20h.

A ala esquerda é composta por dois quartos de internamento, cada qual com duas camas, dois berços e uma casa de banho própria, habitualmente destinados a puérperas submetidas a cesariana. Seguidamente, encontra-se um espaço onde se situa o vestiário de enfermagem e assistentes operacionais, que contém não só os cacifos de cada profissional, mas também um anexo com chuveiro. Nesta mesma ala, encontram-se ainda:

- Um gabinete médico/vestiário médico;
- Uma sala de reuniões;
- Uma copa;
- Uma sala de arrumação de material;

- Uma sala onde em tempos funcionou o “Cantinho da Amamentação”, inaugurado a 8 de outubro de 2013, que hoje em dia, devido a falta de recursos humanos, funciona como sala de arrumação.

É na ala esquerda que também se encontra o Bloco de Partos (BP). No BP existe um quarto que com três camas, que funciona como serviço de observação, para a realização de cardiotocografia (CTG) externa, realizada às grávida provenientes do exterior, e para a realização do puerpério imediato de puérperas de partos eutócicos e distócicos por forceps ou ventosa, durante duas horas. Ao BP pertencem mais três quartos, com duas camas cada um, que se destinam a grávidas em trabalho de parto (TP) ou grávidas patológicas. Este bloco dispõe ainda de:

- Duas casas de banho;
- Uma sala de sujos;
- Um gabinete de Enfermagem;
- Uma sala de Partos (SP);
- Uma sala de cuidados imediatos e de reanimação ao recém-nascido (RN) e uma sala de desinfeção;
- Um Bloco Operatório Materno-Infantil (BOMI), constituído por uma sala operatória, um quarto de recobro com três camas, uma sala de apoio e uma sala de desinfeção.

Relativamente ao BOMI, este é da responsabilidade organizacional da equipa profissional do Bloco Operatório, à exceção dos cuidados imediatos prestados ao RN. O BOMI tem ainda uma ligação direta ao serviço de Neonatologia através de uma porta que se encontra entre os dois serviços.

Entre a ala esquerda e a ala direita, encontra-se o *hall* de entrada no serviço, onde se situa o gabinete de atendimento às urgências obstétricas/ginecológicas no qual se realizam as admissões das grávidas. Este gabinete também possui uma casa de banho. Ainda no *hall* de entrada, encontra-se um gabinete administrativo, que inclui um anexo onde funciona o espaço do projeto “Nascer Cidadão”. Criado para a atribuição de médico de família, do N.º de SNS e a inscrição em Centro de Saúde dos RNs, de segunda a sexta-

feira das 14 horas às 17 horas.

A ala direita é composta por um gabinete administrativo com um anexo onde funciona o gabinete de Diagnóstico Pré-Natal. Todo o restante serviço corresponde ao internamento de puérperas e RN, grávidas patológicas e ginecologia, que possui 10 quartos.

Nesta ala existem dois quartos usados normalmente para puérperas submetidas a cesariana, que tal como os da ala esquerda, que são usados para o mesmo efeito, possuem duas camas, dois berços e uma casa de banho própria. Existem, ainda, três quartos com três camas, três berços cada, que regularmente são utilizados para puérperas de partos eutócicos e distócicos por ventosa e fórceps e um quarto para grávidas patológicas com três camas.

Nesta ala encontram-se também:

- O gabinete do Diretor de Serviço
- Um gabinete de Enfermagem;
- Um gabinete para realização do rastreio acústico ao RN;
- Uma sala de triagem pediátrica;
- Uma sala de trabalho de Enfermagem;
- Uma sala de arrumação de material;
- Uma sala de sujos;
- Três casas de banho.

No terminar da ala direita existe uma porta que dá acesso a três quartos destinados a internamentos de ginecologia, dois com três camas e um com duas camas. Neste espaço estão disponíveis mais duas casas de banho.

2.1.2. Caracterização dos Recursos Materiais

Neste Capítulo são descritos os recursos materiais do SOG do HESE-E.P.E. que são utilizados no acompanhamento e vigilância do TP, bem como no internamento e faz-se também referência ao sistema informático que é utilizado para registos clínicos.

Todos os quartos do referido serviço do HESE-E.P.E. dispõem de camas eletrónicas que permitem à mulher adotar várias posições para seu conforto. Os quartos do BP dispõem, não só de camas eletrónicas como ainda, de todo o material necessário para a vigilância do TP, como:

- Dois aparelhos de CTG com sistema de telemetria e consequente registo que se encontram ligados a uma central de monitorização presente na sala de enfermagem do BP;
- Dois cadeirões para a pessoa significativa;
- Bolas de pilates;
- Um armário com material e roupa que podem ser necessárias durante o internamento no BP.

A SP dispõe de:

- Uma marquesa, também ela elétrica, que permite à parturiente adotar a posição mais adequada no período expulsivo;
- Um kit de partos com o material necessário para o parto;
- Um aparelho de CTG;
- Um carro de apoio com material de *stock* que pode ser necessário durante os procedimentos;
- Uma mesa com o material necessário para a prestação de cuidados imediatos e de reanimação ao RN.

Todos os quartos da BP, incluindo a SP, possuem um sistema de rádio, que emite a rádio que a grávida quiser escutar para seu conforto durante o internamento.

O SOG possui ainda um sistema de segurança para os RNs, que consiste na utilização de pulseiras eletrónicas ligadas a um sistema de vigilância informático centralizado e com ligação ao posto de segurança, existente à entrada do hospital, para controlar as entradas e saídas de utentes. Este sistema funciona após colocação da pulseira eletrónica seguidamente ao nascimento dos bebés. Faz parte dos cuidados imediatos ao RN a sua identificação e a colocação da respetiva pulseira eletrónica que, tendo um código

único, está associado e é ativado no sistema como pertencente a um RN específico. Esta identificação do RN é realizada apenas pelo enfermeiro do SOG, uma vez que é o único que possui o código de acesso ao sistema, tendo, no dia de alta do RN, que desativar a pulseira eletrónica para que este possa sair da maternidade sem a ativação do alarme associado ao sistema.

No SOG do HESE-E.P.E. os registos de enfermagem são realizados no sistema informático chamado ALERT®, que segue a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Esta linguagem é essencial para a prática de Enfermagem, pois permite que exista uma nomenclatura que empregue a tecnologia científica mais moderna, para que se mantenha e se desenvolva, envolvendo a participação internacional na investigação e na aplicação prática (CIPE, 2011).

2.1.3. Caracterização dos Recursos Humanos

O SOG do HESE funciona com uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros generalistas, EESMO, médicos especialistas Obstetrícia/ginecologia e médicos internos, assistentes operacionais, administrativas, pediatra, anestesista e segurança.

O Serviço é constituído por uma equipa de 29 Enfermeiros dos quais 28 são do género feminino e um do género masculino. Destes 22 têm o título de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG) atribuído pela Ordem dos Enfermeiros. Sendo que 15 enfermeiros são EESMOG reconhecidos de carreira e sete são EESMOG não reconhecidos como especialistas de carreira, sendo os restantes enfermeiros generalistas. Uma das enfermeiras especialistas tem como função ser responsável pela Equipa de Enfermagem.

A Enfermeira responsável confere a organização do serviço durante a semana. Aos fins-de-semana e feriados esta responsabilidade fica a cargo da enfermeira responsável de turno. Com a exceção da Enfermeira Responsável e de duas enfermeiras em regime de licença de parentalidade (que trabalham de segunda a sexta-feira das 8 horas às 16 horas30), todos os restantes enfermeiros exercem funções em regime de *roullemen*, com turnos de 8 horas e 30 minutos.

Para a SP são escalados dois enfermeiros EESMOG de carreira nos turnos da manhã, tarde e noite. Para o serviço de internamento, sempre que possível, são escalados três enfermeiros no turno da manhã e dois nos turnos da tarde e noite.

A prestação de cuidados de enfermagem no SOG do HESE-E.P.E. é realizada através do Método Individual. Este método de trabalho em Enfermagem consiste em que cada enfermeiro está responsável, durante um turno de trabalho, pelos cuidados prestados a um certo número de utentes, que lhe é atribuído de acordo com o seu grau de dependência (Frederico & Leitão,1999).

No que respeita à equipa médica, esta é constituída por 11 Obstetras/Ginecologistas e duas médicas internas de Obstetrícia/Ginecologia. As urgências são normalmente asseguradas durante 24 horas por três médicos especialistas de Obstetrícia/Ginecologia, na maioria das vezes vindos de outros hospitais. O anestesista encontra-se em regime de rotatividade, estando escalado de urgência no HESE-E.P.E. e dando apoio ao SOG durante 24 horas por dia. Faz parte ainda da equipa médica o pediatra, do serviço de Neonatologia, que presta apoio ao serviço de internamento e ao BP, caso haja necessidade de cuidados médicos aos RNs 24 horas por dia.

A equipa multidisciplinar é ainda composta por 12 assistentes operacionais (AO) que funcionam em regime de *roulement*. No turno da manhã são escaladas duas AO para o internamento e uma para a SP. No turno da tarde é escalada uma AO para o internamento e outra para a SP e à noite é escalada apenas uma AO que dá apoio aos dois serviços. A esta equipa pertencem também três administrativas, que trabalham nos dias úteis das 8h às 16h. Esta equipa conta também com o apoio do segurança na entrada do serviço.

2.2. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O período do puerpério é entendido como o período que ocorre após o parto, onde sucedem inúmeras modificações a nível físico e psíquico. Estas alterações acontecem de modo a que o corpo e a mente da mulher voltem ao estado pré-gravídico (Ferreira, 2016).

O puerpério na vida da mulher é um período propenso à existência de crises (Cabral, 2002). Segundo Burke citado por Mendes (2014), é no pós-parto que surgem as principais dificuldades na adaptação ao novo papel de mãe, na sua adaptação às alterações físicas, psicológicas e sociais, e nos cuidados ao seu filho. Reconhece-se assim uma grande importância no acompanhamento da puérpera durante este período. Ainda para os mesmos autores, as dúvidas que surgem são muitas vezes acompanhadas por instabilidade emocional, tornando a mulher mais vulnerável em relação às síndromes psiquiátricas.

É essencial compreender as preocupações/necessidades das puérras durante o período pós-parto, para promover o bem-estar destas, bem como do seu filho e família durante este período. É importante identificar as complicações que possam surgir para se poder atuar preventivamente.

Ao longo dos tempos os cuidados às mulheres após o parto foram evoluindo favoravelmente. Estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU) são indicativas que existe menor mortalidade materna, contudo é ainda necessário implementar medidas que a reduzam (OMS, 2011; WHO, UNICEF, UNFPA & The world Bank, 2010). Em Portugal os anos seguintes a 1960 foram anos de grandes mudanças ao nível da organização dos serviços de saúde, influenciadas por conceitos políticos, económicos, sociais e religiosos da época, que foram acontecendo de modo a dar resposta ao aparecimento das doenças (Ministério da Saúde, 2015). Segundo os dados da PORDATA, em 1960 a taxa de mortalidade materna situava-se nos 115,5‰, com um decréscimo abrupto até ao ano de 1990 em que rondava os 10,3‰. Estes dados, mostram ainda que entre 2000 e o ano de 2015 a mortalidade materna apresentou uma variação muito instável, sendo que em 2015 se encontrava nos 7‰ e em 2000 apresentou a taxa mais baixa de mortalidade materna que foi 2,5‰ (Figura 5).

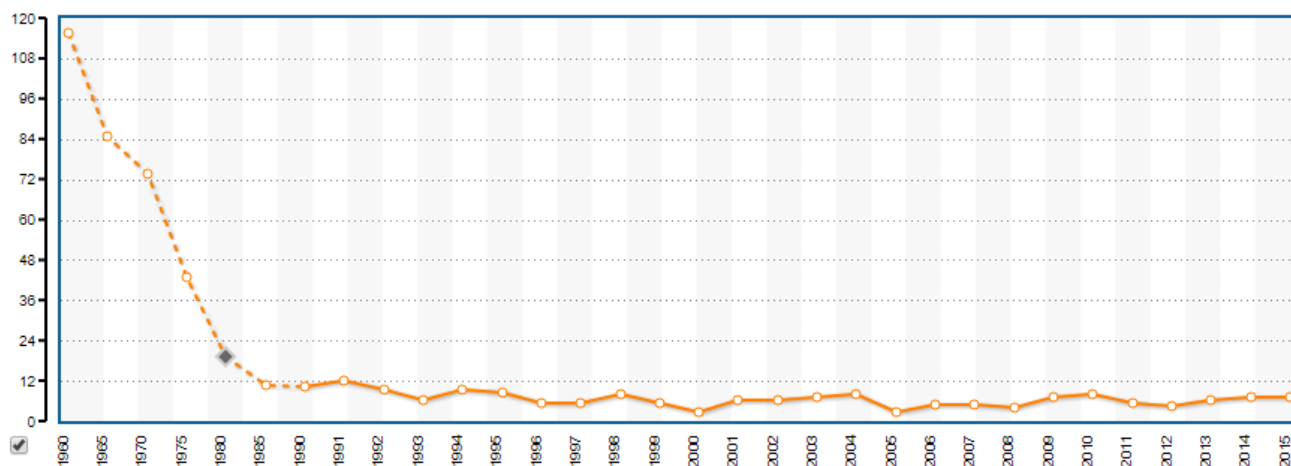


Figura 5. Taxa de Mortalidade Materna por cem mil

Fonte: <https://www.pordata.pt/Site/MicroPage.aspx?DatabaseName=Portugal&MicroName=Taxa+de+mortalidade+materna&MicroURL=619&>

A organização dos serviços de saúde com o surgimento do SNS, em 1979, em muito contribuiu para a evolução dos cuidados. Ainda assim, o sistema de saúde não prepara adequadamente as mulheres para as consequências maternas imediatas ao pós-parto (Martin, Horowitz, Balbierz & Howell, 2013). Muitas destas dificuldades revelam-se como preocupações nas primeiras semanas do pós-parto (Afonso, 1998).

Para Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002), o internamento na maternidade deveria ser longo o suficiente para se identificarem os problemas, garantindo que a puérpera seria capaz de cuidar de si própria e do seu filho no domicílio. A permanência na maternidade, bem como o período puerperal após a alta clínica, são vistos como a altura ideal para dar informação e prestar formação à puérpera, para a tornar a principal agente do seu bem-estar (Lowdermilk et al., 2002). Neste campo os profissionais de saúde têm o dever ético e moral de apoiar a puérpera não só durante o internamento, mas também no seu retorno a casa (Fraser & Cooper, 2010). Estes profissionais transmitem segurança e competências às puérperas para cuidarem de si mesmas e do seu bebé, refletindo-se no bem-estar na experiência da maternidade proporcionada à mulher inserida numa família e comunidade.

O EESMOG tem em conta as necessidades humanas específicas do puerpério, analisa cuidadosamente os processos deste período, identificando os problemas de saúde resultantes deste, realizando o julgamento clínico, com as competências necessárias, para

uma tomada de decisão especializada neste campo específico (OE, 2010). A OE (2011) refere ainda, que o enfermeiro especialista, incluído o EESMOG, tem competências na prestação de todo o tipo de cuidados de saúde na sua área específica, traduzindo-se em várias dimensões, nomeadamente na educação dos clientes e dos pares, na orientação e no aconselhamento. Assim incumbe a este promover a saúde e bem-estar das puérperas, analisando e implementando intervenções que respondam às preocupações/necessidades próprias do pós-parto, garantindo uma adaptação e transição para a parentalidade saudável.

Segundo a International Confederation of Midwives (ICM) (2013), o Enfermeiro especialista em saúde materna (ESSMO) é um profissional responsável que cuida da mulher em colaboração com a mesma no período pós-parto, de modo a facilitar e promover os cuidados ao RN e bebé. A OE (2014b) refere que o EESMO é essencial na assistência à mãe, família e comunidade na adaptação ao pós-parto. Este tem competências na assistência à puérpera e ao RN em várias áreas, tais como nas consultas de vigilância do puerpério e do RN e na implementação de Cursos de Recuperação Pós-Parto (CRPP). Desta forma, uma maneira de promover o bem-estar da puérpera na sua experiência da maternidade, facilitando a sua adaptação após a alta hospitalar, é a implementação de CRPP, que irá promover uma continuidade nos cuidados de saúde à puérpera e RN.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

No presente capítulo, procede-se à descrição da população-alvo da intervenção profissional realizada, assim como o estudo realizado para identificação das suas preocupações.

Segundo Fortin, Côté e Filion (2009) a população alvo é um conjunto de pessoas ou elementos que apresentam as mesmas características. Esta população permite restringir com exatidão o tema em estudo, obtendo informação junto da mesma. Por sua vez quando não se consegue estudar uma população, esta pode ser representada por uma amostra. Para a mesma autora, a amostra deve representar uma população através de um subconjunto ou grupo de sujeitos da população em estudo.

Segundo Santos (2012), o diagnóstico de situação é um procedimento que permite recolher, tratar, analisar e dar a conhecer informação importante. Ainda Santos (2012) menciona que o diagnóstico é muitas vezes designado como “análise de necessidades, é sempre definido como a identificação dos níveis de não correspondência entre o que está (a situação presente) e o que “deveria estar” (a situação desejada).” (MTS/SEEF, citado por Santos, 2012). Refere ainda que o diagnóstico tem assim como objetivo selecionar os tipos de intervenção mais adequados para modificar circunstâncias anteriormente caracterizadas e que são geralmente desfavoráveis (Santos, 2012).

No âmbito do Projeto recorremos a um diagnóstico de situação através de uma amostra não probabilística. Esta consiste num procedimento de seleção em que cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para constituir a amostra (Fortin,1999). Tem portanto, um carácter accidental, onde cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido, sendo escolhidos os elementos que estão presentes num local determinado (Fortin et al., 2009). De acordo com estas definições, a população alvo escolhida para aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito das preocupações sentidas no puerpério, foram as puérperas que estiveram internadas no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HESE-E.P.E. e desta população a amostra foi conseguida no período em estudo, pelas puérperas que responderam ao questionário implementado para realizar o diagnóstico de situação.

3.1. CARATERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO-ALVO DE PUÉRPERAS

A caracterização da população foi elaborada através da análise da amostra de puérperas do HESE-E.P.E., conseguida através do diagnóstico da situação. Para Fortin et al. (2009), a amostra consiste num subconjunto com características representativas da população em que incide o estudo.

O tamanho da amostra foi determinado anteriormente no Projeto realizado, pelo critério de Krejcie e Morgan (1970), com um nível de significância de 95%. O subconjunto que deveria ter pertencido à amostra encontrava-se entre 285 e 291 puérperas, tendo em conta que a população total de puérperas que estiveram internadas no ano de 2015, ano anterior ao início do Projeto, foi de 1127 mulheres. No entanto, devido ao número inferior de puérperas no momento de recolha de dados e condicionada à sua disponibilidade, não me foi possível chegar ao número total de casos pretendidos para a amostra.

Foi então constituída uma amostra não probabilística de conveniência, que consiste numa amostra de puérperas facilmente disponíveis em participar no estudo. A amostra de puérperas foi constituída por puérperas internadas no SOG do HESE- E.P.E. no período de 3 de janeiro a 22 de Abril de 2017, acessíveis ao investigador.

A colheita de dados foi realizada através da aplicação de dois questionários, e estes foram sempre acompanhados do respetivo consentimento informado (APÊNDICE B). O primeiro questionário diz respeito aos dados sociodemográficos e obstétricos (APÊNDICE C), que permite caraterizar a população do estudo e o segundo é o questionário de Preocupações Maternas de Sheil et al. (1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa 2010 (QPM) (APÊNDICE D). Estes questionários foram entregues às puérperas do internamento do SOG do HESE-E.P.E à data de alta clínica, de forma a identificar quais as suas principais preocupações nesse momento em relação às cinco dimensões presentes no mesmo questionário, o que permitiu caraterizar as preocupações maternas específicas da população.

Segundo Fortin et al. (2009) um questionário tem como objetivo colher informação fatural sobre acontecimentos ou situações conhecidas, atitudes, conhecimentos

e opiniões dos participantes. Desta forma, funciona como um instrumento de colheita de dados que necessita que os participantes respondam de forma escrita a um conjunto de questões.

3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO DE PUÉRPERAS

Para implementação do presente Projeto e para responder às necessidades específicas encontradas na população alvo, foram realizadas várias atividades internas e externas. Foram delineadas as atividades a realizar internamente e externamente para execução do Projeto proposto. De modo a sintetizar e a completar de forma mais elucidativa, foram criados dois diagramas que representam as atividades realizadas, internas e externas, conforme se pode verificar na Figura 6 e Figura 7.

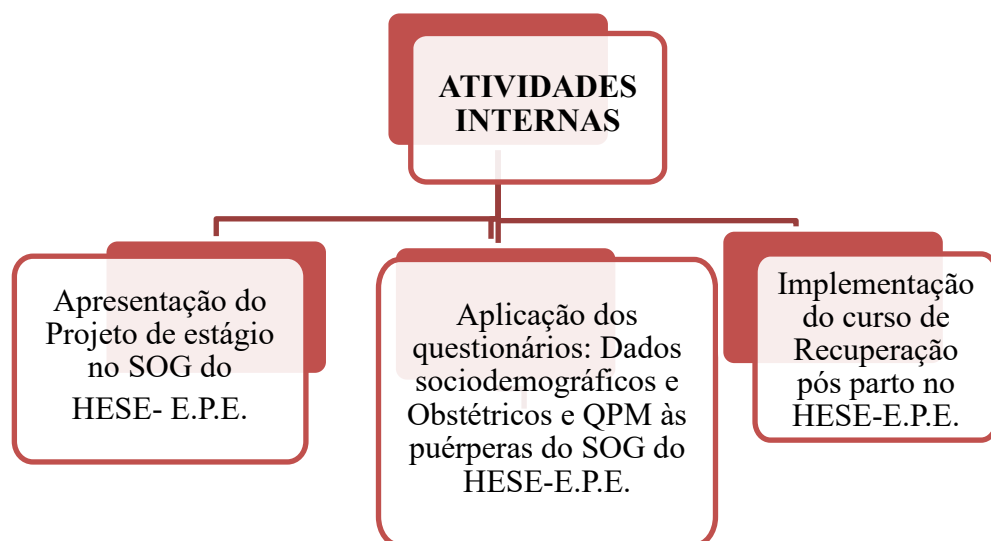


Figura 6. Diagrama de Atividades Internas

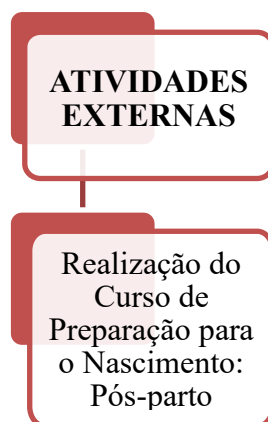


Figura 7. Diagrama de Atividades Externas

Durante os primeiros quatro meses de 2017 foram aplicados os dois questionários, já referidos anteriormente, às puérperas que estivessem internadas no SOG do HESE- E.P.E. e se disponibilizassem em participar no estudo.

O questionário de dados sociodemográficos e Obstétricos (APÊNDICE C) apresenta 15 itens de resposta, dos quais existem alguns que admitem várias hipóteses de resposta. Este questionário foi realizado para se conseguir uma caracterização mais completa da amostra e para entender se existiu relação estatística entre algumas características das participantes com as suas respostas no QPM. É de referir que no ponto onde se pergunta o “tipo de parto” existem apenas duas hipóteses de respostas; “Cesariana” ou “via baixa”. Esta divisão foi realizada com base no CPNPP, frequentado durante o projeto e com base nas orientações da OE. Uma vez que a OE (2014b) recomenda que os CRPP devem iniciar-se assim que possível, para partos eutócicos entre as três e quatro semanas pós-parto, para partos distócicos por ventosa ou fórceps e para cesarianas entre as quatro e seis semanas pós-parto. De acordo com as orientações do CPNPP, os CRPP seriam para iniciar nas mulheres que tiveram parto eutócico ou distócico por ventosa ou fórceps por volta das quatro semanas pós-parto e entre as seis e oito semanas pós-parto, no de parto distócico por cesariana.

No QPM a medição da variável dependente é realizada pela aplicação de uma escala com quatro pontos que correspondem a quatro níveis. A cada nível atribui-se uma pontuação de um a quatro, em que 1 corresponde a *sem preocupação*, 2 diz respeito a *pouca preocupação*, 3 refere-se a *moderada preocupação* e 4 corresponde a *muita*

preocupação. Neste questionário são consideradas cinco dimensões cada uma com itens associados. A primeira dimensão diz respeito às “Preocupações em Relação a Si” e tem associados 17 itens, a segunda corresponde às “Preocupações em Relação ao Bebê”, com 12 itens; a terceira, refere-se às “Preocupações em Relação ao Companheiro”, com 6 itens associados; a quarta corresponde às “Preocupações em Relação à Família” com 4 itens e por último surgem as “Preocupações em Relação à Comunidade” com 9 itens. De referir que o QPM apresenta a falta do item correspondente ao número 40. Item que já faltava na versão Portuguesa utilizada neste Projeto traduzida por Mendes, Rodrigues, Santos e Pedrosa (2010). A autorização para utilização do QPM foi solicitada aos autores da mesma, tendo sido concedida (ANEXO A).

Durante a pesquisa efetuada para a escolha de um questionário adequado ao Projeto, foi o facto do índice de alfa de Cronbach do QPM indicar uma consistência interna entre boa e muito boa em todas as suas dimensões, que decidiu a escolha. Segundo Fortin, Côté e Fillion (2009) a consistência interna é a concordância que existe entre todos os enunciados individuais do questionário. Refere-se, assim, à homogeneidade do conjunto dos enunciados que medem diferentes aspetos de um mesmo conceito. Segundo Pestana e Gageiro (2014), o valor do índice alfa de Cronbach deve variar de 0 a 1, sendo que:

- >0,9- Consistência muito boa
- De 0,8 a 0,9- Consistência boa
- De 0,7 a 0,8- Consistência razoável
- De 0,6 a 0,7- Consistência fraca
- <0,6- Consistência inadmissível

Após a aplicação dos questionários, foram obtidos 253 resultados, que permitiram identificar as principais preocupações maternas à data de alta clínica hospitalar após o parto. Após a recolha dos questionários foi realizada uma análise dos dados sociodemográficos e obstétricos das puérperas inquiridas (APÊNDICE E).

A análise estatística dos questionários aplicados à amostra da população-alvo foi efetuada no *software* SPSS® - versão 22.

Seguidamente para avaliar a consistência interna do QPM, no presente Projeto,

foi avaliado o índice *alpha* de *Cronbach* com a amostra conseguida, como podemos observar na Figura seguinte em relação a cada dimensão do QPM.

Tabela 1. Índice alfa de Cronbach

Itens	Índice alfa de Cronbach	N.º de itens
Preocupações em Relação a Si	0,908	17
Preocupações em Relação ao Bebê	0,945	12
Preocupações em Relação ao Companheiro	0,904	6
Preocupações em Relação à Família	0,848	4
Preocupações em Relação À Comunidade	0,913	9
Total	0,963	48

Conforme observamos na Tabela 1, podemos afirmar que o índice de alfa de Cronbach do QPM é na sua globalidade de consistência muito boa. Apenas na dimensão das preocupações em relação à família (0,848) existe uma consistência boa.

3.2.1. Caracterização da amostra da população-alvo de puérperas (APÊNDICE E)

A amostra da população do presente estudo foi constituída por 253 puérperas com idades compreendidas entre os 19 e os 47 anos de idade (\bar{x} = 33 anos, DP= 5,8).

A maioria destas puérperas tem nacionalidade portuguesa (97,2%), reside no distrito de Évora (89,3%), está casada (36,8%) e a maioria vive em casal com filhos (81,8%).

Relativamente às habilitações literárias, o 12º ano de escolaridade ou equivalente é o grupo que mais se evidencia representando 38,1% da amostra (Mo). Com habilitações superiores ou iguais ao curso superior temos 35,3% da amostra. E 23,1% detém um grau de escolaridade inferior ou igual ao 9º ano. A maioria das puérperas que está empregada tem uma profissão que se enquadra nos “Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e vendedores (39,1%) ” segundo a Classificação Portuguesa das Profissões 2010, cerca de 20,2% estavam desempregadas e a segunda maior incidência os “Especialistas das atividades intelectuais e científicas” com 25,7% (INE, 2011).

Como se pode analisar na Figura 8, verifica-se uma maior incidência de puérperas em que a remuneração média mensal do agregado familiar se situa entre 1.000,01 e 2.000 euros (41,9%).

Figura 8. Caracterização Sociodemográfica da População-alvo

Caracterização da População	Puérperas Participantes (N=253)
Nacionalidade	<ul style="list-style-type: none">✓ 246 têm nacionalidade portuguesa;✓ 7 têm nacionalidade estrangeira:<ul style="list-style-type: none">• 1 brasileira;• 2 cabo verdiana;• 1 húngara;• 3 romena.
Idade	<ul style="list-style-type: none">✓ 19 a 47 anos de idade;✓ \bar{x}=32,58; DP=5,799; Mo=36
Estado Civil	<ul style="list-style-type: none">✓ 93 são casadas;✓ 89 estão em união de facto;✓ 67 são solteiras e 4 são divorciadas.
Habilitações literárias	<ul style="list-style-type: none">✓ 155 têm habilitações até a 12º ano, inclusive;✓ 98 têm habilitações de nível superior ao 12ºano.
Coabitação	<ul style="list-style-type: none">✓ 207 Vivem em casal com filhos;✓ 28 vivem em casal sem filhos;✓ 2 vivem sós com os filhos;✓ 9 vivem sozinhas;✓ 7 vivem com outras pessoas/noutra situação.

A Figura 9, mostra-nos que a maioria das puérperas em estudo são primíparas N= 128 (50,6%) e que N=125 (49,4%) são múltíparas. Podemos verificar que 64,8%, N=164 tiveram um parto eutócico, ou distócico por ventosa ou fórceps e 35,2%; N= 89 tiveram um parto distócico, por cesariana.

No que respeita à vigilância da gravidez verificamos que as puérperas na sua maioria vigiaram a sua gravidez em vários estabelecimentos. Das 253 puérperas, 143 mulheres vigiaram a gravidez no Centro de Saúde, 144 mulheres vigiaram a sua gravidez no Hospital público e 7 num Hospital Privado, 156 vigiaram em consultório privado;

observa-se também que 1 mulher não vigiou a gravidez. Em relação à vigilância da gravidez é de referir que as puérperas podiam responder a mais do que uma hipótese, sendo que várias mulheres vigiaram a gravidez em vários estabelecimentos de saúde. Observa-se ainda que 33,2% (N=84) das puérperas realizou aulas de preparação para o parto (PPP), das quais 23 em estabelecimento privado e 61 realizaram PPP numa entidade de saúde pública, das quais, 24 em meio Hospitalar e 37 em Centro de Saúde.

Figura 9. Caraterização Obstétrica da População-alvo

Caracterização da População	Puérperas Participantes (N=253)
Número de Filhos	<ul style="list-style-type: none">✓ 128 tiveram o primeiro filho;✓ 87 têm 2 filhos;✓ 35 têm 3 filhos;✓ 2 têm 4 filhos;✓ 1 têm 5 filhos.
Tipo de Parto	<ul style="list-style-type: none">✓ 164 tiveram um parto eutócico, ou distócico por ventosa ou fórceps;✓ 89 tiveram um parto distócico por cesariana.
Contacto anterior ao Parto com RN	<ul style="list-style-type: none">✓ 227 tiveram contacto com RNs antes do Parto;✓ 26 não tiveram contacto com RNs antes do Parto.
Vigilância da Gravidez	<ul style="list-style-type: none">✓ 143 em Centro de saúde;✓ 144 em Hospital publico;✓ 7 em Hospital privado;✓ 156 em consultório privado;✓ 1 não vigiou a gravidez.
Preparação para o parto (PPP)	<ul style="list-style-type: none">✓ 84 tiveram preparação para o parto:<ul style="list-style-type: none">• 23 em estabelecimento privado.✓ 61 em entidade de saúde pública, das quais:<ul style="list-style-type: none">• 24 em meio Hospitalar;• 37 em Centro de Saúde.✓ 69 não realizaram PPP.

De acordo com os dados obtidos cerca de 227 mulheres, ou seja 89,7% do total de inquiridas, refere ter tido contacto com RNs antes do parto. Deste modo, descrevemos os cuidados ao RN de acordo com frequência e percentagem das 253 puérperas, que responderam aos questionários, na tabela seguinte:

Tabela 2. Cuidados Prestados a RNs antes do Parto

Cuidados ao RN	Frequência (N)	Percentagem
Pegou ao colo	211	83,4%
Mudou a Fralda	193	76,3%
Colocou a dormir	165	65,2%
Alimentação	161	63,3%
Acalmou no choro	153	60,5%
Levou a Passear	146	57,7%
Banho	135	53,4%
Prestou cuidados ao coto umbilical	85	33,6%

Como podemos constatar na tabela acima, o contacto mais frequente com RNs antes do parto foi o ato de pegar ao colo um RN.

3.2.2. Cuidados e Necessidades Especificas do Grupo de Puérperas

Com a aplicação dos questionários já descritos anteriormente, podemos identificar as principais preocupações maternas através do QPM, à data de alta clínica do internamento após o parto. Procurei efetuar uma análise exploratória dos dados sem ideias pré-concebidas *à priori* dos resultados esperados.

Assim, para identificar qual o tipo de teste a aplicar na análise dos dados, foi necessário determinar se a amostra conseguida seguiu, ou não, uma Distribuição Normal. Para tal, apliquei o teste de Kolmogorov- Smirnov para cada dimensão do QPM. Da análise realizada, verifiquei que todas as dimensões seguem uma Distribuição Normal na amostra, com um nível de significância para o teste $>0,05$ (Tabela 3). Deste modo seria

possível aplicar testes paramétricos aos dados observados, mas optei por realizar testes não paramétricos a todas as dimensões, uma vez, que pretendi avaliar qual a relação entre os itens de cada dimensão, com algumas variáveis nominais e ordinais observadas na amostra e não a diferença de médias ou variâncias entre cada dimensão.

Tabela 3. Teste Kolmogorov-Smirnov

	Em relação a SI	Em relação ao Seu BEBÊ	Em relação ao Seu COMPANHEIRO	Em relação ao Sua FAMILIA	Em relação ao Sua COMUNIDADE
P-value	0,051	0,113	0,114	0,123	0,100

Os resultados para cada dimensão das preocupações maternas foram também analisados através da estatística descritiva, pelo cálculo da média e desvio padrão. Foi ainda realizada a análise de cruzamento entre os dados sociodemográficos, Obstétricos e o QPM, sendo utilizado o teste não paramétrico qui-quadrado. Segundo Mello e Guimarães (2015) o teste qui-quadrado é considerado como a primeira abordagem de análise que possibilita testar se as diferenças entre duas variáveis categóricas observadas são ou não estatisticamente significantes. Este teste deve ser utilizado em estudos experimentais, em que se procura abordar a relação causa e efeito entre duas variáveis nominais e ordinais (Fortin et al., 2009). Segundo o mesmo autor, no qui-quadrado assume-se que a independência das variáveis é a hipótese nula, rejeitando-se essa hipótese para $p\text{-value} < 0,05$. Seguidamente são apresentados os resultados obtidos segundo cada dimensão.

3.2.2.1. Dimensão – Preocupações em relação a Si

No que respeita à primeira dimensão do QPM, as preocupações que se mostraram mais frequentes, com uma média que se encontra entre 2 (*pouca preocupação*) até 3 (*moderada preocupação*), ou seja entre 2,51 e 2,76, foram a obstipação, alimentação, o cansaço, o regresso à figura anterior, a dor nas mamas, o desconforto causado pelos pontos e os cuidados com as mamas. Na mesma dimensão as preocupações que se verificaram menos presentes com uma média entre 1,91 e 2,34; ou seja entre 1 (*sem*

preocupação) e 2 (*pouca preocupação*), foram “sensação de estar fechada em casa”, “regresso da menstruação”, “corrimento vaginal”, “sensação de estar em baixo”, “incapacidade de concentração”, “ter tempo para si”, “hábitos de exercício físico”, “experiência de trabalho de parto”, “tensão emocional” e “hemorróidas”, como podemos constatar com a visualização da Figura 10.

Os itens que apresentam maiores divergências em relação às médias observadas são os itens 1, 8 e 14.

Figura 10. Medidas estatísticas descritivas relativas aos indicadores da dimensão preocupações em relação a si (N=253)

Item	N	Média	Desvio Padrão
15. Sensação de estar fechada em casa	253	1,91	0,904
4. Regresso da menstruação	253	2,02	0,838
5. Corrimento vaginal	253	2,04	0,846
16. Sensação de estar em baixo	253	2,05	0,922
13. Incapacidade de concentração	253	2,10	0,876
17. Ter tempo para cuidar de si	253	2,11	0,826
2. Hábitos de Exercício Físico	253	2,26	0,893
14. Experiência de trabalho de parto	253	2,31	1,024
12. Tensão emocional	253	2,33	0,896
8. Hemorróidas	253	2,34	1,070
7. Obstipação (prisão de ventre)	253	2,51	0,994
1. Alimentação	253	2,51	1,034
11. Cansaço	253	2,52	0,889
3. Regresso à figura anterior	253	2,52	0,986
9. Dor nas mamas	253	2,64	0,968
6. Desconforto causado pelos pontos	253	2,72	0,961
10. Cuidados com as mamas	253	2,76	0,955

Pretendeu-se avaliar se a preparação para o parto influenciou as “Preocupações

Maternas em Relação a Si”, pelo que se recorreu ao teste não paramétrico qui-quadrado.

Como podemos verificar na Figura 11, a preparação para o parto influencia as preocupações maternas à data de alta, ao nível do “cuidado com as mamas”, do “cansaço” e da “sensação de estar fechada em casa”.

Figura 11. Teste qui-quadrado das preocupações maternas em relação a si com a preparação para o parto

Preocupações Maternas em Relação a Si/ Preparação para o Parto	p-value
1. Alimentação	0,090
2. Hábitos de exercício físico	0.913
3. Regresso à figura anterior à gravidez	0.832
4. Regresso da menstruação	NA
5. Corrimento vaginal	NA
6. Desconforto causado pelos pontos	0.210
7. Obstipação (prisão de ventre)	0.284
8. Hemorróidas	0.614
9. Dor nas mamas	0.546
10. Cuidado com as mamas	0.036
11. Cansaço	0.011
12. Tensão emocional	0.106
13. Incapacidade de concentração	0.696
14. Experiencia de trabalho de parto	0.789
15. Sensação de estar fechada em casa	0.013
16. Sensação de “estar em baixo”.	0.478
17. Ter tempo para cuidar de si.	NA

*NA- Não se verificaram os pressupostos para aplicação do qui-quadrado

De acordo com os resultados das tabelas de contingência (APÊNDICE F) das preocupações que revelaram existir associação entre as “Preocupações em Relação a Si” e a preparação para o parto (PPP); em relação às preocupações com o “cansaço”, das que receberam PPP a maioria das puérperas (58,6%) apresentam *moderada preocupação* (3) ou *muita preocupação* (4); quanto às puérperas que não participaram em cursos de PPP,

a sua maioria (77,1%) apresenta *pouca preocupação* (2) ou *moderada preocupação* (3).

No que diz respeito à preocupação na “sensação de estar fechada em casa”, com a realização ou não da PPP, apenas ao nível das puérperas que estão *sem preocupação* (1) ou com *pouca preocupação* (2) encontramos grandes diferenças percentuais. De entre as puérperas que tiveram PPP apresentam maior percentagem de resposta de *pouca preocupação* (2), com 44,8%; enquanto nas puérperas que responderam que não participaram em PPP, referem maior percentagem de resposta *sem preocupação* (1), com 46,4%.

Em relação às preocupações com os “cuidados às mamas” e a PPP, denota-se que existe nas respostas com *muita preocupação* (4) uma maior incidência percentual (32,2%) nas que tiveram PPP. Da mesma forma na resposta *sem preocupação* (1) verifica-se uma maior ocorrência de casos (13,9%) nas que não tiveram PPP.

3.2.2.2. Dimensão – Preocupações em relação ao Bebê

A segunda dimensão do QPM refere-se às “Preocupações em Relação ao Bebê”. Nesta dimensão as puérperas mostraram ter uma média de preocupações mais alta. Observa-se uma média mais alta, que se encontra entre *pouca preocupação* (2) até *moderada preocupação* (3) (\bar{x} entre 2,43 e 3,26), onde as preocupações mais evidentes foram: “como vestir o seu bebé (roupa demasiado fria para o ambiente)”, “não acordar com o choro do bebé”, “sensação de conforto ao lidar com o seu bebé”, “cuidados físicos”, “segurança (prevenção de acidentes)”, “interpretação do comportamento do seu bebé”, “ser uma boa mãe”, “reconhecer sinais de doença”, “alimentação do bebé” e a preocupação mais marcante foi o “crescimento e desenvolvimento normais” (Figura 12).

Na mesma dimensão as preocupações que se verificaram menos presentes com uma média com *pouca preocupação* (2) foram: “viajar com o bebé” e “aparência física”, ambas as preocupações com uma média inferior a 2,5, como se pode verificar na tabela 8. Os itens que apresentam maiores divergências em relação às médias observadas são o item 18, 19, 23 e 25.

Figura 12. Medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão preocupações em relação ao bebé (N=253)

Item	N	Média	Desvio Padrão
27. Viajar com o bebé	253	2,43	0,886
19. Aparência física do seu bebé	253	2,45	1,088
29. Como vestir o seu bebé (roupa demasiado fria para o ambiente)	253	2,51	0,982
25. Não acordar com o choro do bebé	253	2,51	1,115
23. Sensação de conforto ao lidar com o seu bebé	253	2,81	1,081
22. Cuidado físico	253	2,87	0,996
28. Segurança (prevenção de acidentes,)	253	3,02	0,986
24. Interpretação do comportamento do seu bebé	253	3,03	0,957
18. Ser uma boa mãe	253	3,06	1,090
26. Reconhecer sinais de doença	253	3,12	0,962
21. Alimentação do bebé	253	3,21	0,956
20. Crescimento e desenvolvimento normais	253	3,26	0,960

Realizei novamente o teste Qui-quadrado para avaliar se a PPP influenciou as “Preocupações Maternas em Relação ao Bebê”. Como podemos observar, na tabela abaixo (Figura13) o teste apenas evidencia a existência de associação entre a PPP com a preocupação direcionada para a sensação de conforto ao lidar com o seu bebé.

Da análise das tabelas de contingência (APÊNDICE G) podemos perceber que as puérperas que tiveram PPP têm maior propensão para apresentar preocupação em relação à “sensação de conforto ao lidar com o seu bebé, pois apenas 6,9% responderam *sem preocupação* (1). Enquanto das puérperas que não tiveram PPP, a percentagem que refere o estado *sem preocupação* (1) é superior (21,7%).

Figura 13. Teste qui-quadrado das preocupações maternas em relação ao bebé/preparação para o parto

Preocupações Maternas em relação ao Bebê/ Preparação para o parto	P-value
18. Ser uma boa mãe	0.200
19. Aparência física do seu bebé	0.252
20. Crescimento e desenvolvimento normais	0.815
21. Alimentação do seu bebé	NA
22. Cuidado físico	0.212
23. Sensação de conforto ao lidar com o seu bebé	0.018
24. Interpretação do comportamento do seu bebé	0.830
25. Não acordar com o choro do bebé	0.145
26. Reconhecer sinais de doença	0.769
27. Viajar com o bebé	0.222
28. Segurança (prevenção de acidentes)	0.340
29. Como vestir o seu bebé (roupa demasiado fria para o ambiente)	0.503

*NA- Não se verificaram os pressupostos para aplicação do qui-quadrado

Achei também interessante, verificar se existia associação entre as preocupações em relação ao bebé e o contacto com RNs anteriormente ao parto. Com a realização do teste Qui-quadrado, pude verificar que não existe qualquer associação entre os itens de preocupação em relação ao bebé e o facto de ter tido ou não contacto com RNs antes do parto, como se observa na Figura 14.

Figura 14. Teste qui-quadrado das preocupações maternas em relação ao bebé/contato com RN anterior ao parto

Preocupações Maternas em relação ao Bebê/ Contato com RN anterior ao Parto	P-value
18. Ser uma boa mãe	0.720
19. Aparência física do seu bebé	0.637
20. Crescimento e desenvolvimento normais	0.340
21. Alimentação do seu bebé	0.252
22. Cuidado físico	0.901

Preocupações Maternas em relação ao Bebe/ Contato com RN anterior ao Parto (continuação)	P-value
23. Sensação de conforto ao lidar com o seu bebé	0.172
25. Não acordar com o choro do bebé	0.301
26. Reconhecer sinais de doença	0.635
27. Viajar com o bebé	0.790
28. Segurança (prevenção de acidentes)	0.576
29. Como vestir o seu bebé (roupa demasiado fria para o ambiente)	0.956

Foi ainda considerada a hipótese de associação entre a paridade e as preocupações maternas em relação ao bebé após a inscrição das puérperas no CRPP, uma vez que eram todas primíparas e seria interessante verificar esta associação. Tendo Com a realização do teste qui-quadrado pude verificar que existe associação entre a paridade e as preocupações de “ser uma boa mãe”, “interpretação do comportamento do seu bebé”, “reconhecer sinais de doença”, “sensação de conforto ao lidar com o seu bebé e como vestir o seu bebé (roupa demasiado fria para o ambiente) ”, como podemos analisar na Figura15.

Figura15. Teste qui-quadrado das preocupações maternas em relação ao bebé/paridade

Preocupações Maternas em relação ao Bebe/ Paridade	P-value
18. Ser uma boa mãe	0.011
19. Aparência física do seu bebé	0.501
20. Crescimento e desenvolvimento normais	0.105
21. Alimentação do seu bebé	0.016
22. Cuidado físico	0.164
23. Sensação de conforto ao lidar com o seu bebé	0.023
24. Interpretação do comportamento do seu bebé	0.010
25. Não acordar com o choro do bebé	0.080
26. Reconhecer sinais de doença	0.002

Preocupações Maternas em relação ao Bebe/ Paridade (continuação)	P-value
27. Viajar com o bebé	0.032
28. Segurança (prevenção de acidentes)	0.021
29. Como vestir o seu bebé (roupa demasiado fria para o ambiente)	0.025

Como podemos constatar ao realizar as tabelas de contingência (APÊNDICE H), nos itens em que existe associação entre as preocupações maternas em relação ao bebé e a paridade, na amostra, verifica-se uma evidente maior preocupação (*moderada preocupação* ou *muita preocupação*) nas mulheres primíparas.

No que diz respeito ao item “Alimentação do seu bebé” (Tabela 2), “Reconhecer sinais de doença” (Tabela 5), e “interpretação do comportamento do seu bebé” (Tabela 4), verifica-se que quase a maioria das mulheres mencionam *muita preocupação* (4). Em relação ao item “ser uma boa mãe” (Tabela 1), “Alimentação”, “sensação de conforto ao lidar com o seu bebé” (Tabela 3), “interpretação do comportamento do seu bebé” e “Reconhecer sinais de doença”, são as primíparas que mais respondem com *muita preocupação* (4), apresentando uma percentagem maior de resposta nesta escolha. No item “Segurança (prevenção de acidentes)” (Tabela 7), tanto as primíparas como as múltiparas têm percentagem idêntica de resposta de *muita preocupação* (4). Ao observarmos o item “viajar com o seu bebé” a maioria das múltiparas responde *sem preocupação* ou *pouca preocupação*, enquanto a maioria das primíparas responde *pouca preocupação* ou *moderada preocupação* (Tabela 6). De acordo com o item “como vestir o seu bebé”, verificamos que é maior a percentagem de primíparas que revela *moderada preocupação* e maior a percentagem de múltiparas a responder *pouca preocupação* (Tabela 8).

3.2.2.3. Dimensão – Preocupações em relação ao Companheiro

Na dimensão das Preocupações em relação ao Companheiro, a média encontra-se entre *sem preocupação* (1) e *pouca preocupação* (2). O item 33 ($\bar{x}=2,06$; $DP=0,943$) e o 35 ($\bar{x}=2,07$; $DP=0,955$) do QPM são os itens que revelam uma média mais alta. Todos

os outros itens apresentam uma média < 2 (*pouca preocupação*), conforme está representado na Figura 16.

O item que apresenta maior divergência em relação às médias observadas é o item 30.

Figura 16. Medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão preocupações em relação ao companheiro (N=253)

Item	N	Média	Desvio Padrão
31. O companheiro ser bom pai	252	1,77	0,963
32. Ter tempo para se divertir	252	1,82	0,863
30. A sua relação como pai do bebé	252	1,89	1,002
34. Relações sexuais	252	1,97	0,908
33. Terem tempo para estarem sozinhos	252	2,06	0,943
35. Planeamento familiar	252	2,07	0,955

3.2.2.4. Dimensão – Preocupações em relação à Família

Na dimensão das Preocupações em relação à sua Família, as puérperas inquiridas apresentam preocupações maiores quando comparadas com as Preocupações em relação ao Companheiro. As preocupações apresentam uma média entre 2,20 e 2,50 (*pouca preocupação e moderada preocupação*). A preocupação com média mais alta nesta dimensão são os “recursos económicos” ($\bar{x}=2,50$; DP=0,924) e a preocupação com média mais baixa é a “mudança do estilo de vida familiar” ($\bar{x}=2,20$; DP=0,932), de acordo com a Figura 17.

Figura 17. Medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão preocupações em relação à família (N=253)

Item	N	Média	Desvio Padrão
37. Mudança do estilo de vida familiar	253	2,20	0,932
36. Gerir as exigências do lar	253	2,27	0,938
38. Determinar limites às visitas	253	2,32	0,962

Item (continuação)	N	Média	Desvio Padrão
39. Recursos económicos	253	2,50	0,924

3.2.2.5. Dimensão – Preocupações em relação à Comunidade

A última dimensão do QPM refere-se às Preocupações em relação à Comunidade e revela ser a segunda dimensão com uma média mais baixa. Podemos observar pelo quadro R, que as médias variam entre 1,54 e 2,43; ou seja entre *sem preocupação* (1) e *pouca preocupação* (2). As preocupações com média mais baixa nesta dimensão são: “mudança nas relações com casais amigos” (\bar{x} =1,54; DP=0,687), “mudança nas relações com amigos solteiros” (\bar{x} =1,55; DP=0,692); “mudança nas relações com os parentes e familiares” (\bar{x} =1,58; DP=0,744), “participação em atividades (festejos da comunidade)” (\bar{x} =1,66; DP=0,682), “conselhos familiares ou amigos” (\bar{x} =1,75 DP=0,771), “facilidade de aceder às compras” (\bar{x} =1,86), “disponibilidade de recursos comunitários” (\bar{x} = 1,94; DP=0,819), “acesso aos cuidados de saúde hospital maternidade” (\bar{x} =2,02; DP=0,947) e por último o “trabalho/emprego” (\bar{x} =2,43; DP=1,004) que apresenta a média mais alta nesta dimensão (Figura 18).

Figura 18. Medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão preocupações em relação à comunidade (N=253)

Item	N	Média	Desvio Padrão
43. Mudança nas relações com casais amigos	253	1,54	0,687
41. Mudança nas relações com amigos solteiros	253	1,55	0,692
42. Mudança nas relações com os parentes familiares	253	1,58	0,744
49. Participação em atividades (festejos da comunidade)	253	1,66	0,682
44. Conselhos familiares ou amigos	253	1,75	0,771
47. Facilidade de aceder as compras	253	1,86	0,812
46. Disponibilidade de recursos comunitários	253	1,94	0,819
45. Acesso aos cuidados de saúde hospital maternidade	253	2,02	0,947

Item (continuação)	N	Média	Desvio Padrão
48. Trabalho / emprego	253	2,43	1,004

Na resposta aberta n.º 50 do QPM, apenas quatro puérperas responderam a esta questão. Foi referido por duas puérperas que existe preocupação nos cuidados ao RN prematuro, foi identificada a preocupação do relacionamento do RN com outro filho de tenra idade (22 meses) por uma outra puérpera e foi referido ainda, preocupação em *“ter todo o tipo de cuidados para não lhe faltar nada nem à bebe, bem como às outras duas”* por outra puérpera.

3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica para encontrar estudos que abordassem o tema das necessidades/preocupações maternas sentidas no pós-parto. Deste modo foi feita uma pesquisa em algumas bases de dados, com o intuito de enriquecer o conhecimento nesta área, para assim podermos responder adequadamente através da criação de sessões de recuperação pós-parto especializadas nas áreas mais preocupantes para as puérperas. Assim, as ideias principais sobre a questão são descritas abaixo.

A maioria dos estudos reconhece o período pós-parto como um período onde as mulheres experimentam uma série de fatores stressantes. Segundo Ortiz, López, Carrillo, Zuya e Martínez (2014) o período pós-parto é uma fase crítica na vida reprodutiva da mulher. Neste período ocorrem importantes mudanças que, sendo normais, não deixam de ser estados de saúde físicos e psicológicos únicos que implicam riscos para a saúde da mulher. Sendo um período onde a mulher está mais vulnerável a problemas de saúde. (Oliveira & Cordeiro, 2014)

Para Fahey e Shenassa (2013) os fatores stressantes no pós-parto podem levar à ansiedade e à diminuição do autocuidado, fatores estes que estão associados ao risco acrescido de perturbações físicas que incluem depressão pós-parto. O apoio social no período pós-parto, na vida da mulher, é extremamente importante. A falta deste pode ser

um fator que leva à depressão pós-parto e a insatisfação relacionada com o apoio social da puérpera, além de que pode aumentar o risco de infecções clínicas. Por outro lado, o apoio social mostra ser eficaz para ajudar a lidar com os fatores stressantes deste momento de vida das mulheres (Negron, Martin, Almog, Balbierz & Howell, 2012).

A maioria dos estudos são consensuais ao mencionarem que o período pós-parto produz mudanças nas mulheres, nos casais e nas famílias. Para Romero, Rodriguez e Cardenas (2012), enfrentar esta etapa de forma saudável vai depender da relação entre os fatores stressantes e os recursos que a puérpera tem para os enfrentar. Emmanuel et al. citados por Romero et al. (2012), considera também o apoio social como o fator mais importante para o desenvolvimento materno e para uma adaptação bem-sucedida, que se irá traduzir na confiança e satisfação materna, bem como numa melhor capacidade de cuidar do seu bebé.

Para Negron et al. (2012), as principais necessidades e de suporte às mães, no período pós-parto, são as necessidades básicas de cuidados pessoais, como tomar banho, comer e dormir, e as tarefas domésticas como a limpeza e cozinhar. A satisfação dessas necessidades básicas é também essencial, para as mulheres se sentirem mais capazes de lidar com os fatores stressantes físicos e emocionais deste período. As necessidades relacionadas com o cuidar de outras crianças, bem como o regresso ao emprego foram também identificadas no estudo do mesmo autor.

No artigo de Teixeira, Mandú, Corrêa e Marcon (2015) foram identificadas as principais necessidades sentidas pelas mulheres no pós-parto, que correspondem à promoção do bem-estar e segurança do filho e à necessidade de compatibilizar as tarefas domésticas com as atividades quotidianas. Em segundo plano, surgiram as necessidades afeto-sociais, afeto-cognitivas, orgânicas, necessidades de alívio da sobrecarga das tarefas, e o desejo de recuperar a autonomia e a liberdade, da qual disponham antes da maternidade para cuidar de si.

Através de dois estudos realizados por Teixeira et al. (2015) em locais diferentes, foram identificadas várias necessidades. No primeiro estudo as mulheres referiram necessidades como: viver em sociedade, ter condições de vida; dispor de serviços, de educação e informação em saúde; de recursos terapêuticos e contraceptivos; exercitar direitos reprodutivos e sexuais; tomar decisões, ser respeitada, acolhida e vinculada ao

serviço de saúde (Teixeira et al., 2015). No segundo estudo dos mesmos autores, as necessidades reconhecidas foram: amamentação; ter tempo para si própria e descansar; saúde mental; ter condições físicas, ambientais e ajuda para amamentar; acesso aos recursos sociais e serviços de saúde; de apoio, orientação e segurança e de atenção, de escuta, compreensão e resposta às necessidades vividas.

A necessidade de apoio emocional, traduzido por ter alguém com quem partilhar a experiência e os sentimentos no período pós-parto e receber palavras de incentivo e conforto, foi identificada no estudo de Negron et al. (2012). Segundo o mesmo autor, as puérperas têm necessidades de apoio e desafios semelhantes no período pós-parto e identificam os parceiros e familiares como principais fornecedores de apoio.

Foi identificado no estudo de Ortiz et al. (2014), a necessidade de vários conhecimentos no período pós-parto, como: conhecimentos de higiene e cuidados perineais à episiorrafia; conhecimentos sobre os pontos da episiorrafia; conhecimentos sobre perdas sanguíneas no pós-parto; conhecimentos sobre a contraceção no pós-parto e conhecimentos sobre o reinício da atividade sexual. De salientar que se verificou com este estudo que os conhecimentos das mulheres sobre os cuidados no puerpério são bastante escassos.

No que respeita a mães adolescentes, o estudo levado a cabo por Oliveira e Cordeiro (2014) refere que estas, em relação às outras mães, apresentam maiores dificuldades, mostram comportamentos menos responsáveis e verbalizam menos as suas preocupações. No entanto, menciona também como principais necessidades: conhecimentos sobre as complicações pós-parto, cuidados com a episiotomia, reinício da atividade sexual e relacionamento conjugal. Referem ainda a necessidade de informação no que diz respeito aos seus direitos, incluindo privacidade, confidencialidade, valores culturais, crenças religiosas e necessidades relacionadas com os cuidados ao recém-nascido. No mesmo estudo de Oliveira e Cordeiro (2014), os enfermeiros referiram que as cinco principais necessidades nestas mães são: os cuidados à episiotomia; os cuidados com a incisão abdominal; os sinais de complicações pós-parto; a educação sobre terapêutica e a educação sobre as perdas sanguíneas vaginais.

Ortiz et al. (2014) refere, no seu trabalho, que existem muitos estudos que relatam como preocupações das puérperas quando regressam a casa após a alta da

maternidade: a amamentação ao recém-nascido; o apoio social; os aspetos do autocuidado; os cuidados com a família da puérpera e o planeamento familiar. É quando já se encontram no domicílio que o acesso aos profissionais de saúde, à informação e apoio especializado é mais difícil, sendo que muitas vezes as informações de amigos, familiares e informações não profissionais pesquisadas na internet, podem ser contraditórias suscitando mais dúvidas e inseguranças. Ainda no estudo realizado por Ortiz et al. (2014), entre o 3.º e o 10.º dia pós-parto cerca de 40% das mulheres estudadas, referem que gostavam de ter recebido mais informação sobre este período e cerca de 90% identificam a parteira como a principal fonte de informação. Necessidades de informação sobre o período pós-parto foram identificadas em várias áreas: higiene e cuidados à episiorrafia, pontos das episiorrafia, tempo e características da hemorragia, contraceção e reinício da atividade sexual.

As mulheres têm preocupações que têm dificuldade em expressar aos seus parceiros e profissionais de saúde, tais como: perdas hemáticas vaginais, desconforto perineal, hemorroidas, dor nas mamas, diminuição da lubrificação e fadiga (Romero, 2012). Para Fahey e Shenassa (2013), as preocupações expressas pelas mulheres no pós-parto são de vária ordem, nomeadamente de ordem física, de autocuidado e psicossociais. As preocupações físicas incluem: a fadiga e os distúrbios do sono, de dor perineal, da mama, do mamilo, de costas e de cabeça. As preocupações no autocuidado por sua vez correspondem: a higiene, a nutrição e a perda de peso. Por último nas preocupações psicossociais encontra-se: a realização de funções maternas e de apego à criança, o cuidado do bebé, da casa e da família, as necessidades infantis (alimentação, acalmar o bebé e identificação de sinais e sintomas de doença), as necessidades de cuidar de outras crianças da família, a manutenção da casa (cozinhar e limpar) e a logística doméstica (transporte e assistência à infância).

As puérperas ignoram muitas vezes as suas próprias preocupações quanto ao seu bem-estar no pós-parto, pois a sua atenção está focada nas necessidades do bebé e da sua família. Este facto pode colocar em risco a saúde da mulher, bem como a saúde da família a longo prazo (Fahey & shenassa, 2013).

Romero et al. (2015), na sua revisão da literatura, relatam que as mulheres primíparas enfrentam problemas na sua perceção de cuidar e na sua perda de autonomia.

Refere ainda que, das duas às oito semanas após o parto, os problemas das mulheres são: insónias, sensação de cansaço, stress, solidão e desânimo, aumento do trabalho doméstico; perda de rendimentos, preocupação com a aparência pessoal, desconforto com a aparência física, incapacidade de preocupação em relação ao papel de mãe e da alteração do desejo sexual.

Identificar os problemas deste período implica responder às necessidades, próprias e únicas, deste momento da vida das mulheres, através da educação sobre as mudanças normais que acontecem (Romero et al., 2012).

Pode-se concluir, através dos estudos acima referidos, que o período pós-parto é um período em que mulher sente inúmeras necessidades/preocupações em várias dimensões pessoais. Destaca-se assim a importância do acompanhamento especializado neste período, de forma a prevenir complicações, a resolver problemas e a preparar a mulher para uma maternidade saudável.

3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo do estudo é constituída pelas puérperas internadas no SOG do HESE-E.P.E., sendo elaborado o recrutamento da amostra através dos seguintes critérios de inclusão:

- Estar internada no SOG do HESE-E.P.E. entre janeiro e abril de 2017;
- Domínio do idioma Português;
- Responder aos questionários no dia de alta clínica após o parto.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Neste capítulo é feita uma reflexão pessoal dos objetivos definidos no Projeto de intervenção profissional. O objetivo orienta a investigação e o tipo de estudo a realizar (Fortin et al., 2009).

4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O Projeto tem como objetivo geral promover o bem-estar da puérpera na experiência da maternidade. Ao aplicar o QPM foi possível identificar as principais preocupações das puérperas e através da análise dos resultados foi possível criar um curso de recuperação pós-parto que respondesse às preocupações identificadas neste período, de modo a promover a saúde e o bem-estar das puérperas.

Segundo o parecer n.º 48/2014 da OE, o EESMO tem competências para realizar CRPP; este *“deve assegurar que as puérperas tenham os conhecimentos preconizados na componente teórica, que sejam capazes de se auto cuidarem, de cuidarem adequadamente do seu recém-nascido e que eventuais desvios à normalidade tenham sido corrigidos ou referenciados para outro profissional de saúde.”*

A OE, no seu parecer n.º 04/2016 recorda a sua Recomendação n.º 1/2014, onde defende ainda que os CRPP têm como objetivos: *“Promover a saúde das mulheres atendendo às mudanças físicas, emocionais e psicológicas que acontecem no puerpério e facilitar o desenvolvimento das competências necessárias para o cuidado ao recém-nascido; Promover a prática de exercícios físicos adequados ao período do puerpério que ajudem na tonificação muscular (abdominal e perineal) e na adequada recuperação da forma física e de uma postura corporal correta da mulher; e partilhar experiências entre os membros do grupo (educação pelos pares) ”.*

4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

O atual Projeto tem como população-alvo as puérperas do SOG do HESE-E.P.E., conforme referido anteriormente.

De acordo com o disposto no Regulamento n.º 127/2011, publicado em Diário da República (2.ª série - N.º 35) a 18 de Fevereiro de 2011, o EESMOG “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal*”, “*Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal*” e “*Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal*”. Assim para sustentar a intervenção profissional surgem os seguintes objetivos específicos:

Objetivo Específico 1- Identificar as principais preocupações sentidas pelas puérperas à data da alta da maternidade;

Objetivo Específico 2 - Envolver a equipa de EESMO do SOG do HESE-E.P.E. no Projeto;

Objetivo Específico 3- Desenvolver ações que permitam a promoção da saúde das puérperas;

Objetivo Específico 4- Desenvolver ações que permitam à mulher/família a aquisição de competências para cuidar do RN.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

No presente capítulo descrevemos as atividades implementadas para o desenvolvimento e aquisição de competências para a execução do Projeto.

5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

No seguimento deste relatório surge a fundamentação da importância da identificação das preocupações, do planeamento e da execução das atividades do Projeto.

5.1.1. Objetivo 1 - Identificar as principais preocupações sentidas pelas puérperas à data da alta da maternidade

Atividades realizadas:

- Pedido de autorização aos autores para utilização do QPM;
- Pedido de autorização ao Conselho de Administração do HESE-E.P.E. (ANEXO B) para aplicação dos questionários;
- Aplicação de questionários e respetivo consentimento informado às puérperas do SOG do HESE-E.P.E. à data de alta clínica após o parto;
- Recolha dos questionários;
- Análise dos dados dos questionários.

Como já referido no presente relatório, os questionários foram aplicados entre o dia três de janeiro e 22 de abril de 2017, sempre acompanhados de um consentimento informado, pelo que a recolha dos questionários decorreu na mesma altura. Foram respeitados todos os princípios éticos tanto na instituição, como com as participantes. A análise dos questionários foi realizada entre o início da implementação dos mesmos até ao final do mês de abril de 2017.

5.1.2. Objetivo 2 - Envolver a equipa de EESMO do SOG do HESE-E.P.E. no Projeto

Atividades realizadas:

- Realização do plano da sessão de Formação em Serviço (APÊNDICE I);
- Apresentação à equipa de Enfermagem do SOG do HESE-E.P.E. do Projeto: “*Regresso a casa: Promoção do bem-estar da puérpera na experiência da maternidade*” numa sessão de formação (APÊNDICE J).

A sessão de formação decorreu em 18 de maio de 2017, em que estiveram presentes 12 enfermeiras do SOG do HESE-E.P.E.. Ao longo da sessão de formação foi dada a possibilidade aos membros da equipa de participarem e se envolverem no Projeto dando sugestões para a realização do CRPP. Num futuro próximo é de esperar a participação de outros membros da equipa de enfermagem, bem como de outros profissionais de saúde, na colaboração e envolvimento nos CRPP. A declaração da formação em serviço encontra-se no APÊNDICE K.

5.1.3. Objetivo 3 - Desenvolver ações que permitam a promoção da saúde das puérperas/Objetivo 4 - Desenvolver ações que permitam à mulher/família a aquisição de competências para cuidar do RN;

Os objetivos 3 e 4 englobaram atividades em comum que permitiram atingir os resultados esperados para atingir os mesmos objetivos. De forma a delinear as atividades desenvolvidas e a avaliação das mesmas, juntei os objetivos e as respetivas atividades.

Atividades realizadas:

- Aquisição de conhecimentos atualizados através da participação no curso de “*Preparação Para o Nascimento: Pós-parto*”;
- Pedido de autorização para utilização de um espaço físico no HESE-E.P.E. para realização do CRPP (ANEXO C);
- Planeamento das sessões que integram o CRPP (APÊNDICE L);

- Inscrição das puérperas no CRPP (Ficha de inscrição no APÊNDICE M),
- Implementação do primeiro CRPP no HESE-E.P.E.;
- Avaliação final do primeiro CRPP.

Durante a implementação do Projeto surgiu a hipótese de participar no CPNPP, para consolidação e aquisição de competências atualizadas na área do pós-parto. Este curso foi realizado de oito e nove de abril de 2017 na cidade do Porto, com a carga horária de 24 horas presenciais, cujo certificado, se encontra no APÊNDICE N. Os seus conteúdos permitiram o enriquecimento das competências de modo a melhorar a intervenção e concretização do Projeto definido.

O CPNPP permitiu:

- Conhecer as atuais linhas orientadoras e recomendações relativas aos cuidados pós natais;
- Analisar a evidência científica atual relativa à intervenção nesta área, relacionando-a com os modelos teóricos que a suportam;
- Selecionar estratégias adequadas para a identificação das necessidades da mãe/pai/bebé durante o período pós natal;
- Selecionar estratégias adequadas na divulgação, promoção e sensibilização de ações e/ou programas de pós-parto, adequadas ao público-alvo;
- Conhecer e/ou aprofundar o conhecimento relativo às mudanças físicas, emocionais e psicológicas da mãe/pai/ bebé associadas aos períodos pós natal;
- Planear e implementar ações de programas de educação pós-parto.

Após a realização da formação descrita anteriormente, no seguimento de todos os conhecimentos adquiridos durante a formação e durante o planeamento/implementação do atual Projeto, foram planeadas as sessões de educação pós-parto. Como linha orientadora para elaboração do CRPP estiveram também as recomendações da OE para os CRPP (Recomendação N.º1/2014).

A programação das sessões do CRPP semanais seguiu o esquema apresentado na Figura 19. Para todas as sessões foi elaborado um planeamento.

Figura 19. Programa de sessões do CRPP

Sessão	Parte Teórica	Parte Prática
1	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação• Puerpério – Fisiologia, autocuidado, vigilância clínica, sexualidade e contraceção	<ul style="list-style-type: none">• Exercícios de aquecimento, alongamento e flexibilidade;• Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico: exercícios de Kegel;• Exercícios de fortalecimento abdominal;• Técnicas de respiração;• Exercícios de fortalecimento dos membros superiores e inferiores;• Técnicas de relaxamento.
2	<ul style="list-style-type: none">• Sono e choro do bebé	
3	<ul style="list-style-type: none">• Competências e desenvolvimento do bebé;• Educação parental;• Despiste de Depressão pós-parto – aplicação da escala de Edimburgo	
4	<ul style="list-style-type: none">• Vigilância de Saúde Infantil;• Segurança Infantil	
5	<ul style="list-style-type: none">• Aleitamento Materno e Artificial,• Diversificação Alimentar;• Regresso ao trabalho - Legislação em Vigor	
6	<ul style="list-style-type: none">• Saúde Oral no lactente;• Revisão de conteúdos	

No dia 15 de maio de 2017 deu-se início ao primeiro CRPP no HESE-E.P.E., de modo a implementar as intervenções planeadas e realizar a intervenção profissional junto das puérperas que se disponibilizaram a participar (três) no Projeto. Na primeira sessão

foi aplicada individualmente, uma ficha de avaliação (APÊNDICE O) que acompanhou as puérperas durante todas as sessões.

Na terceira sessão do CRPP foi aplicada a escala de despiste da depressão pós-parto de Edinburgh (APÊNDICE P), como forma de deteção precoce, uma vez que a depressão pós-parto é o principal transtorno psiquiátrico que aparece no período de vulnerabilidade do puerpério (Silva, 2013).

De 15 em 15 dias foi realizada a avaliação da diástase abdominal. O “teste Stop”, que serve para avaliação da tonificação dos músculos do pavimento pélvico, foi explicado na primeira sessão do CRPP e foi avaliado na segunda e na última sessão, através da informação referida pelas puérperas. Este teste tem como objetivo avaliar, contrair e reeducar os músculos do pavimento pélvico. Estas duas avaliações foram competências adquiridas no CPNPP e fazem parte da ficha de avaliação de cada puérpera.

No dia 19 de junho de 2017 terminou o CRPP após seis semanas do seu início. Nesta última sessão foi aplicado um questionário de avaliação do curso, através da resposta das participantes (APÊNDICE Q).

5.2. METODOLOGIAS

A metodologia de um processo de investigação é definida segundo Fortin et al. (2009), como um conjunto de meios ou de técnicas que possibilitam realizar a investigação, devendo estar em concordância com os pressupostos subjacentes ao problema que se pretende investigar.

Para o desenvolvimento do presente Projeto, foram aplicados a uma amostra da população-alvo dois questionários conforme referido anteriormente: um sobre os dados sociodemográficos e obstétricos das puérperas e um outro correspondente ao QPM. Desta forma realizamos o diagnóstico de situação na população-alvo nos primeiros quatro meses de 2017.

De seguida foi realizada a análise dos dados obtidos que permitiu a identificação das principais preocupações maternas à data de alta clínica hospitalar. Foi também realizada uma formação de 24h que permitiu enriquecer os conhecimentos teórico-práticos científicos na área do pós-parto. E por último foi implementado o CRPP que

permitiu ir ao encontro das principais preocupações maternas identificadas, promovendo a saúde e o bem-estar materno, na nova experiência de maternidade.

5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Autores como Fortin, et al. (2009) descrevem como etapas do processo de investigação, a fase concetual, seguida da fase metodológica e por fim a fase empírica. Seguindo este raciocínio, inicialmente foi feita pesquisa bibliográfica e escolhido o tema a desenvolver. Posteriormente foi elaborado o Projeto com a formulação do problema de investigação, criados os objetivos e planeamento de atividades para implementação.

Definiu-se a população alvo e foi calculada a amostra, definindo os métodos de colheita de dados. Neste caso foram realizadas as reuniões pedagógicas e foi solicitado o parecer à comissão de ética da Universidade de Évora, para a investigação na área da saúde humana e bem-estar (ANEXO D).

Foi apresentado ao Diretor de Enfermagem o Projeto e realizado o pedido por escrito ao presidente do Conselho de Administração do HESE-E.P.E para aplicação dos questionários às puérperas no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do mesmo hospital.

Seguidamente foi realizada a análise dos dados obtidos nos questionários e foi então elaborado o CRPP, com o planeamento das sessões que dessem resposta às principais preocupações das puérperas identificadas. Posteriormente foi apresentado o pedido autorização ao Diretor do Departamento de Psiquiatria do HESE-E.P.E, para utilização da sala de “Grupos Terapêuticos”, a fim de dar seguimento ao Projeto, pois esta sala é a que reúne as condições físicas mais favoráveis para execução do Projeto no HESE-E.P.E..

A problemática do Projeto prendeu-se no período do puerpério que é um período crítico para a revisão dos cuidados prestados com a mãe e a criança. É essencial que a assistência pós- natal oferecida pelos EESMO, inclua a educação para a saúde, que deve responder às preocupações/necessidades individuais das mulheres, dos RN e suas famílias.

O período pós-parto continua a ser um aspeto negligenciado nos cuidados de saúde. Abordar as necessidades das mulheres durante este período é essencial, pois a prevenção, a

deteção e a gestão de complicações durante o pós-parto são e devem continuar a ser, componentes chave na saúde materna. (Fahey & Shenassa, 2013)

5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOVIDOS

Em seguida encontram-se descritos os recursos necessários nas atividades desenvolvidas, com a finalidade de atingir o objetivo do Projeto de estágio.

✓ **Espaços:**

- Para a realização da sessão de apresentação do Projeto às enfermeiras do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HESE-E.P.E. de forma a envolvê-las no Projeto, foi utilizada a sala de reuniões do mesmo serviço.
- Para realização das sessões do CRPP, foi utilizada a sala de “*Grupos Terapêuticos*” do HESE-E.P.E., pertencente ao Departamento de Psiquiatria.

✓ **Equipamentos:**

- Para a realização da sessão de apresentação do Projeto e as sessões pós-parto, utilizaram-se os recursos materiais disponíveis no HESE-E.P.E.: Um data show, um computador, colunas, colchões, bolas de Fitness e um modelo de Recém-nascido.

✓ **Recursos Humanos:**

- Durante a implementação do Projeto foi pedida a colaboração da responsável do Gabinete de Comunicação e Marketing do HESE-E.P.E., para formatação de todo o material didático para o CRPP. Uma vez que existe o programa de Preparação para o Parto no HESE-E.P.E., ficaram os dois Projetos com as mesmas imagens, logotipos e formatação.
- São também de considerar, como parte dos recursos humanos as puérperas que fizeram parte do CRPP.

- Todo o Projeto foi implementado apenas por mim, considerando as instruções da orientadora. No entanto, pretende-se a curto prazo criar uma equipa preferencialmente multidisciplinar, que intervenha em sessões que abranjam a área de competência específica de cada profissional de saúde, como EESMOG, Enfermeiro Especialista em Reabilitação, Enfermeiro Especialista em Pediatria, obstetra, nutricionista, higienista oral e fisioterapeuta.

5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

A Figura 20 retrata os contactos desenvolvidos e as entidades envolvidas na realização e implementação do Projeto.

Figura 20. Contatos durante a implementação do Projeto

Mês/ Ano	Atividade
15 de novembro de 2016	- Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do HESE-E.P.E., para aplicação dos questionários às puérperas do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia e implementação do Projeto.
2 de janeiro de 2017	- Reunião com a Enfermeira Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HESE-E.P.E.: <ul style="list-style-type: none">• Dar conhecimento dos objetivos do Projeto; Pedido de implementação do Projeto.
9 de Janeiro 2017	- Contato com o Enfermeiro Diretor HESE-E.P.E.: <ul style="list-style-type: none">• Dar conhecimento dos objetivos do Projeto; Pedido de implementação do Projeto.
8 e 9 de abril de 2017	- Formação de Preparação para o Nascimento: Pós-Parto
11 de abril de 2017	- Submissão do pedido de autorização para implementação de investigação na área da saúde humana e bem-estar à comissão de Ética da Universidade de Évora.

Mês/ Ano (continuação)	Atividade
6 de maio de 2017	- Pedido de colaboração da Responsável do Departamento de Marketing do HESE-E.P.E., na elaboração gráfica das apresentações e material complementar do CRPP
12 de maio de 2017	- Pedido de cedência da sala de “Grupos Terapêuticos”, para implementação do CRPP, ao Diretor do Departamento de Psiquiatria do HESE-E.P.E..
18 de maio de 2017	- Apresentação do Projeto à equipa de Enfermagem do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HESE-E.P.E..

5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Gastos a cargo da mestranda:

- CPNPP: 337 Euros
- Deslocação e alimentação no Curso Preparação para o Nascimento: 160 Euros
- Material (fotocópias, livros, tinteiros para impressora, esferográficas, cadernos): 250 Euros
- Eletricidade e Internet- Cerca de 100 Euros
- Com um custo total de 847 Euros

Gastos a cargo da Instituição:

- Material: Cerca de 50 Fotocópias utilizadas no CRPP.

5.7. CUMPRIMENTOS DE CRONOGRAMA

Na elaboração do Projeto foi apresentado o cronograma de atividades conforme representado na Figura 21. Apenas existiu no diagnóstico da problemática um atraso de um mês, devido ao facto de me encontrar em estágio noutra cidade o que esta situação não facilitou a presença e controlo na implementação e recolha dos questionários.

Figura 21. Cronograma de atividades

	Mês/Ano											
Ações	10/16	11/16	12/16	1/17	2/17	3/17	4/ 17	5/ 17	6/ 17	7 /17	8/ 17	9/17
Realização de reuniões												
Elaboração do projeto												
Preparação dos instrumentos de colheita de dados												
Diagnóstico da problemática												
Realização das atividades Planeadas												
Elaboração do relatório final												
Pesquisa bibliográfica												

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

O presente capítulo destina-se à avaliação e controlo do Projeto, onde se apresenta a avaliação dos objetivos bem como da implementação do programa e avaliação do mesmo.

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Os objetivos que foram definidos no Projeto apresentado neste relatório foram atingidos na totalidade. Com a implementação do referido Projeto, pretende-se dar-lhe continuidade, no sentido de enriquecer os serviços prestados pelo HESE-E.P.E. de forma a favorecer o bem-estar das puérperas na experiência da maternidade.

6.1.1. Identificar as principais preocupações sentidas pelas puérperas à data da alta da maternidade

O primeiro objetivo do Projeto foi atingido através da avaliação dos resultados obtidos após a aplicação dos questionários de dados sociodemográficos e obstétricos e o QPM. Deste modo conseguimos identificar as principais preocupações das puérperas à data da alta clínica, o que nos permitiu elaborar as sessões do CRPP respondendo às preocupações manifestadas.

6.1.2. Envolver a equipa de EESMO do SOG do HESE no Projeto

Como estratégia de envolvimento da equipa de EESMO do SOG do HESE-E.P.E., foi realizada a apresentação do Projeto numa sessão de formação em serviço. Foram também apresentados os resultados obtidos nos questionários e o planeamento do CRPP, dando espaço a sugestões de melhoria do Projeto.

6.1.3. Desenvolver ações que permitam a promoção da saúde das puérperas, e desenvolver ações que permitam à mulher/família a aquisição de competências para cuidar do RN

O terceiro e quarto objetivos do Projeto foram concretizados através da implementação de um curso de recuperação pós-parto no HESE- E.P.E., que deu resposta às preocupações identificadas com a aplicação do primeiro objetivo.

6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Para identificar as principais preocupações sentidas pelas puérperas à data de alta da maternidade foram realizadas várias atividades. Assim, neste ponto do relatório descrevo a metodologia de implementação das atividades bem como a sua avaliação final.

6.2.1. Identificar as principais preocupações sentidas pelas puérperas à data da alta da maternidade

6.2.1.1 Atividade: Aplicação do questionário com caracterização sociodemográfica e obstétrica, e de um segundo questionário QPM às puérperas do HESE, E.P.E.

Método:

- Foi realizada uma breve apresentação verbal do Projeto a cada puérpera antes de serem entregues os questionários.
- Foram esclarecidas todas as dúvidas solicitadas aquando o preenchimento dos questionários.

Avaliação:

- Responderam aos questionários 253 puérperas à data de alta, no período de três de janeiro a 22 de abril de 2017. Os questionários foram recolhidos à data de alta das puérperas. As puérperas que não responderam ao questionário, foi devido à minha

ausência do serviço no momento de entrega dos questionários ou por não estarem disponíveis para colaborar no Projeto.

6.2.1.2. Atividade: Análise dos resultados obtidos

Método:

- Foi utilizado o *software* SPSS®- versão 22 para análise dos resultados obtidos.

Avaliação:

- Foram obtidos os resultados da amostra conseguida, que revelam as preocupações maternas à data da alta clínica, em relação a si, ao bebé, ao companheiro, à família e à comunidade.

6.2.2. Envolver a equipa de EESMO do SOG do HESE no Projeto

6.2.2.1. Atividade: Apresentação do Projeto à equipa de EESMO do Serviço de Obstetrícia do HESE-E.P.E./ Divulgação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação/ Apresentação do esquema do calendário das sessões de recuperação pós-parto.

Método:

- Realizar o planeamento da sessão de formação em serviço;
- Foi realizada uma apresentação expositiva e participativa do Projeto;
- Foram apresentados alguns dos resultados obtidos nos questionários aplicados às puérperas à data de alta;
- Foi exposto o modelo de sessões do CRPP;
- A divulgação da formação em serviço esteve a cargo da Enfermeira responsável pela formação, cerca de 10 dias antes da sessão de Formação.

Avaliação:

- A Formação em serviço decorreu no dia 18 de maio de 2017, na sala de Reuniões do SOG do HESE-E.P.E., onde participaram 12 enfermeiras do serviço. Foi estimulado o envolvimento da equipa EESMO no Projeto, através da discussão do modelo das sessões pós-parto a realizar no CRPP.

6.2.3. Desenvolver ações que permitam a promoção da saúde das puérperas e desenvolver ações que permitam à mulher/família a aquisição de competências para cuidar do RN

6.2.3.1. Atividade: Realização do CPNPP

Método:

- Participei numa formação com o método expositivo-participativo com exercícios práticos, com o seguinte conteúdo programático: Processos de Avaliação no pós-parto; reeducação perineal / exercícios do pavimento pélvico; programas de exercício físico no pós-parto- fase iniciado / sessão prática;
- Foram abordados os temas: caracterização e cuidados de saúde com a Mulher no pós-parto; reflexão e práticas sobre diversos cenários clínicos; o processo de amamentação: desafios e estratégias; resolução de diferentes condições clínicas; cuidados de Saúde com o bebé: práticas e estratégias; o desenvolvimento e estimulação do bebé: características e competências; a educação parental no pós-parto e as alterações emocionais e dinâmica familiar versus suporte do profissional de saúde.

Avaliação:

- Participaram 15 formandos;
- Os objetivos da formação foram atingidos, pois esta permitiu planear e implementar o programa de pós-parto no HESE-E.P.E. e ainda monitorizar e avaliar a qualidade e efetividade do CRPP;
- O CPNPP permitiu conhecer as atuais linhas orientadoras e recomendações relativas aos cuidados pós natais; analisar a evidência científica atual relativa à intervenção

nesta área, relacionando-a com os modelos teóricos que a suportam; selecionar estratégias adequadas para a identificação das necessidades da mãe/pai/bebé durante o período pós natal; selecionar estratégias adequadas na divulgação, promoção e sensibilização de ações e/ou programas de pós-parto, adequadas ao público-alvo; conhecer e/ou aprofundar o conhecimento relativo às mudanças físicas, emocionais e psicológicas da mãe/pai/ bebés associadas aos períodos pós natal assim como planear e implementar ações de programas de educação pós-parto.

6.2.3.2. Atividade: Criação de Sessões pós-parto teórico-práticas

Método:

- O CRPP foi apresentado às puérperas disponíveis cerca de um mês antes do seu início no SOG do HESE-E.P.E., aquando a sua alta clínica. As inscrições para o CRPP foram realizadas em simultâneo;
- Foi realizada a confirmação das inscrições na semana anterior ao início do CRPP;
- As sessões apresentadas (APÊNDICE R) respeitaram o método expositivo-participativo com exercícios práticos;
- O conteúdo das sessões acompanhou o seguinte esquema:
 - ✓ Sessão 1- Apresentação; Puerpério – Fisiologia; Autocuidado; Vigilância clínica; Sexualidade; Contraceção;
 - ✓ Sessão 2- Sono e choro do bebé;
 - ✓ Sessão 3- Competências e desenvolvimento do bebé / Educação parental; Despiste de Depressão pós-parto – aplicação da escala de Edimburgo;
 - ✓ Sessão 4-Vigilância de Saúde Infantil; Segurança Infantil;
 - ✓ Sessão 5- Aleitamento Materno e Artificial; Diversificação alimentar; Regresso ao trabalho - Legislação em Vigor;
 - ✓ Sessão 6-Saúde Oral no lactente e revisão de conteúdos.

Nelas foram abordados os temas sobre alimentação; exercícios físicos; alterações fisiológicas decorrentes do puerpério; alterações psicológicas decorrentes do puerpério; sexualidade; adaptações à parentalidade; contraceção e adaptação familiar

e social e criação de sessões de educação para a saúde teórico-práticas sobre: amamentação; Cuidados ao RN; Consultas de vigilância; Desenvolvimento infantil; Plano de vacinação infantil; Prevenção de acidentes de vida;

- A Avaliação do CRPP foi realizada através de uma ficha de avaliação, que foi apresentada na última sessão do curso, para poder avaliar a satisfação das puérperas participantes, bem como obter sugestões para novos cursos.

Avaliação:

- Este primeiro CRPP no HESE-E.P.E. teve início a 15 de maio e terminou a 19 de junho de 2017, com a realização de seis sessões teórico-práticas;
- O CRPP contou com a participação de três puérperas, com idades compreendidas entre os 28 e 30 anos de idade. Inicialmente seriam quatro mas por motivos pessoais, uma delas teve de desistir e não participou em qualquer sessão;
- Duas das puérperas fizeram analgesia epidural durante o TP, a terceira não fez qualquer tipo de analgesia.

As três participantes:

- ✓ Eram primíparas;
 - ✓ Tiveram um parto eutócico;
 - ✓ Todos os partos decorreram sem intercorrências;
 - ✓ Iniciaram o CRPP entre três a quatro semanas após o parto, altura possível, para iniciar o curso, devido ao esquema programado, e também porque se enquadra no período adequado para realização CRPP, segundo as indicações do CPNPP e da OE.
- Através da ficha de avaliação do CRPP (Apêndice O) apresentada na última sessão de educação para a saúde podemos verificar que:
 - ✓ Duas das puérperas participaram em cinco das seis sessões do CRPP e uma puérpera participou em apenas quatro sessões. As razões para justificar a ausência das sessões, apresentadas por duas puérperas respeitaram ao bebé. A terceira puérpera justificou-se com o facto de estar ausente de Évora nas duas sessões a que faltou;

- ✓ As participantes apresentaram como motivação para realizar o CRPP: *“aprender mais sobre a recuperação pós-parto e melhorar a forma física após o parto”* e *“aprender mais coisas, melhorar o aspeto físico”*.
- ✓ A realização do “teste Stop”, apesar de realizado de uma forma informal, permitiu avaliar as características da musculatura do assoalho pélvico das puérperas e classificá-las de acordo com o seu sucesso da interrupção da micção, conforme as informações que me foram prestadas pelas próprias. Houve uma das puérperas que no início do CRPP conseguia interromper parcialmente o jato miccional, mas não conseguia manter a interrupção. As outras duas puérperas conseguiam interromper totalmente o jato miccional mantendo uma contração fraca dos músculos pélvicos. No final do CRPP foi realizada nova avaliação e verificou-se que a primeira puérpera conseguiu interromper totalmente o jato miccional com uma contração razoável do tônus muscular e as outras duas puérperas passaram a apresentar uma contração do tônus muscular forte, segundo informação das mesmas.
- ✓ Durante o puerpério apenas uma das puérperas referiu a dificuldade de cicatrização da episiotomia e na amamentação. Ambas as situações foram acompanhadas e resolvidas nas dúvidas apresentadas durante as sessões do curso;
- ✓ Durante o período do CRPP duas das puérperas amamentaram exclusivamente, apenas uma das puérperas alimentava o RN com leite artificial uma vez que *“não tenho leite”*.
- ✓ Relativamente às suas preocupações no início do CRPP, duas das puérperas tiveram mais preocupação em relação ao RN, seguida de preocupações em relação a si, depois em relação ao companheiro, seguidamente em relação à família e finalmente em relação à comunidade. Sendo que uma refere que a sua maior preocupação era também o bebé, seguida do companheiro, depois a família, posteriormente a si própria e a comunidade no final.
- ✓ No final do CRPP a ordem de preocupações foi comum a todas as puérperas, sendo a principal preocupação em relação a si própria, depois em relação ao bebé, em seguida em relação ao companheiro, posteriormente em relação à família e por fim em relação à comunidade.

- ✓ Ao aplicar a escala de depressão pós-parto de Edinburgh, a pontuação de duas puérperas foi de 8 e a da terceira puérpera de 9, ou seja valores inferiores a 12, pelo que a probabilidade de sofrerem de depressão não se verificou;
- ✓ Duas das puérperas levaram os RNs a cinco e a duas sessões do CRPP;
- ✓ Uma das puérperas levou o companheiro a uma sessão do CRPP;
- ✓ Todas as puérperas consideraram que os temas importantes no puerpério foram todos abordados, não dando sugestões para melhorar o curso;
- ✓ Todas as participantes referiram melhoria na forma física sendo que as melhorias apresentadas foram: “nas perdas urinárias”; “a nível abdominal e perineal” e nas “dores de costas e joelhos”;
- ✓ Ao nível da diástase abdominal, todas as puérperas apresentavam no início do CRPP uma diástase considerada normal (um ou dois dedos) e todas elas apresentaram melhorias após os exercícios realizados durante as seis semanas. Houve diminuição de um dedo supraumbilical (S.U.) em duas puérperas e 2/3 na terceira puérpera. Ao nível infraumbilical (I.U.); em duas puérperas diminuíram meio dedo e a outra puérpera conseguiu o encerramento do músculo reto abdominal, como se pode observar na Tabela 17.

Figura 22. Avaliação da diástase abdominal

Data da avaliação	1ª Puérpera	2ª Puérpera	3ª Puérpera
15/05/2017		<ul style="list-style-type: none">• 1 dedo S.U.• 1 dedo I.U.	<ul style="list-style-type: none">• 2dedos S.U.• 1 dedo I.U.
22/05/2017	<ul style="list-style-type: none">• 1 dedo e meio S.U.• 1 dedo IU		
29/05/2017		<ul style="list-style-type: none">• Meio dedo S.U.• 1 dedo I.U.	<ul style="list-style-type: none">• 1 dedo e meio S.U.• 1 dedo I.U.
05/06/2017	<ul style="list-style-type: none">• 1dedo S.U.• 0 dedos I.U.		
19/06/2017	<ul style="list-style-type: none">• Meio dedo S.I.• 0dedos I.U.	<ul style="list-style-type: none">• 1/3 dedo S.U.• Meio dedo I.U.	<ul style="list-style-type: none">• 1 dedo S.U.• Meio dedo I.U.

6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

Durante a implementação do Projeto/Relatório, fui orientada pela Professora Doutora Maria da Luz Barros. A orientação foi realizada através de reuniões presenciais periódicas na Escola de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, e também por correio eletrónico e telefone.

No decorrer de todo o processo de execução do Projeto, foram realizadas reformulações do conteúdo ou método de execução do mesmo, sugeridas pela orientadora. Por se tratar de um processo dinâmico é de entender que, devido a fatores externos ou pontuais próprios do tema abrangido pelo Projeto, ocorressem alterações.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

As competências são aptidões, conhecimentos ou capacidades adquiridas numa área específica. Estas são conseguidas através de formação e permitem dar resposta a determinada situação.

As competências do ESMOG são essenciais para que, a qualidade dos cuidados de saúde prestados sejam significativos. Só assim se consegue um serviço de saúde onde a qualidade seja uma realidade, pois apenas com enfermeiros competentes se conseguem cuidados de qualidade. As competências específicas em saúde materna, obstétrica e ginecológica, são aquelas que são prestadas por enfermeiros que receberam formação específica na área e que têm o título de ESMOG, atribuído pela OE.

Segundo a OE (2010) o ESMOG tem responsabilidade nas atividades de intervenção na assistência à mulher nas vivências dos processos de saúde/doença: durante o período pré-concepcional; durante o período pré-natal; durante o trabalho de parto e parto; durante o período pós-natal; durante o período pré-menopáusico; em ginecológica e ainda na assistência às mulheres em idade fértil.

Nesta área de especialização em Saúde Materna e Obstétrica, o enfermeiro tem competências específicas no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, promovendo a saúde da puérpera e RN, ajudando na adaptação ao processo de transição à parentalidade. Neste período as competências específicas são: Promover a saúde da mulher e RN no período pós-natal; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; e providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal (OE, 2010).

De acordo com a ICM (2013), o EESMOG deve promover o autocuidado e saúde das mães, crianças e suas famílias; deve respeitar a dignidade humana e as mulheres como pessoas, assim como os seus direitos humanos; deve promover as causas das mulheres de forma a fazer ouvir e respeitar as suas vozes nas suas escolhas nos cuidados de saúde; dever ter sensibilidade cultural, trabalhando com as mulheres e os prestadores de cuidados de saúde, de forma a ultrapassar práticas culturais que prejudiquem as mulheres e os seus

bebês; devem promover a saúde e prevenir a doença, vendo a gravidez como um evento normal da vida e ainda promover o parto fisiológico normal com a finalidade de otimizar os resultados para as mães e seus RNs.

No período pós-parto o EESMOG tem competências para cuidar da mulher, recém-nascido e família. Para a ICM (2013), o cuidado no pós-parto prestado pelo EESMOG é abrangente, de alta qualidade e com grande sensibilidade cultural. Este tem competências para realizar um exame físico focado na mãe, fazendo a história clínica da mesma, incluindo detalhes sobre a gravidez; TP; avaliar a involução uterina e evolução cicatricial de lacerações ou suturas; iniciar e apoiar o aleitamento materno; educar a mãe sobre autocuidado e cuidado do RN após o parto, incluindo sinais e sintomas de complicações iminentes, e os recursos disponíveis na comunidade; educar a mulher e sua família após o parto, sobre a sexualidade e planeamento familiar; e promover o tratamento de primeira linha adequado e oportuno para quaisquer complicações detetadas durante o pós-parto (por ex. anemia, hematoma, infecção). Em relação aos cuidados ao RN o EESMOG tem competências para educar os pais sobre: os sinais de perigo no RN e sobre quando leva-lo a receber cuidados médicos; sobre o transporte e segurança do RN; sobre o crescimento e desenvolvimento de lactentes e crianças normais e como responder às suas necessidades diárias; ajudar a aceder aos recursos disponíveis para a família na comunidade; sobre as necessidades especiais e recursos nas comunidades (para pais com vários RN, ou com dificuldades) (ICM, 2013).

Com a elaboração do Projeto, foram criados objetivos baseados nas competências a desenvolver e adquirir como EESMOG. Desta forma após identificação das preocupações específicas das puérperas à data de alta clínica, foi criado um CRPP tendo em conta a resposta a essas preocupações, favorecendo o bem-estar das puérperas na experiência da maternidade.

Através da implementação do Projeto considero que este me permitiu desenvolver e consolidar inúmeras competências, nomeadamente:

- Competências intrínsecas no EESMOG em geral e mais especificamente na área do pós-parto;

- Competências na assistência à mulher nas vivências dos processos de saúde/doença durante o período pós-natal, cuidando a mulher inserida na família e comunidade, promovendo assim a saúde da mulher e RN no período pós-natal;
- Competências referentes às metodologias de investigação e tratamento de dados quantitativos no aplicativo SPSS® - versão 22;
- Competências de comunicação através da Formação em Serviço e implementação do CRPP nas sessões programadas e descritas.

Com a elaboração do relatório adquiri competências na área de investigação, como foi referido anteriormente, pelo que pretendo publicar posteriormente um artigo científico com os resultados obtidos, por considerar importante a investigação científica na área de Enfermagem, nomeadamente na área do pós-parto que apresenta ainda pouca evidência científica.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o puerpério a mulher necessita de cuidados que contemplam as várias dimensões da vida humana. É um período de transição em que ocorrem grandes mudanças e adaptações a novos padrões, não só para a mulher como para o RN, companheiro, família e comunidade. A presença e o acompanhamento de profissionais de saúde nesta transição, em que ocorre a recuperação física e psicológica, é essencial de modo a ajudar a viver o puerpério de uma forma saudável, favorecendo a experiência e o bem-estar na maternidade.

O enfermeiro deve desenvolver competências específicas de forma a auxiliar a puérpera a recuperar mais facilmente a sua forma física e a prevenir complicações emocionais. Apenas acompanhando a mulher neste período se consegue ajudar a aumentar a sua autoconfiança, para assegurar o autocuidado e os cuidados prestados ao RN, assim como favorecer o seu relacionamento com o meio envolvente. Isto só se consegue de forma eficaz através dos ensinamentos específicos e direcionados individualmente, para dar resposta às preocupações maternas próprias do momento.

O diagnóstico de situação permitiu identificar as preocupações sentidas pelas puérperas à data de alta, verificando-se que a sua atenção máxima se prende com as necessidades relacionadas com o seu RN, onde revelam as suas maiores preocupações. Logo após, surgem as preocupações relacionadas consigo próprias, seguindo-se as preocupações em relação à família, à comunidade e por fim em relação ao companheiro.

De acordo com o já referenciado Regulamento n.º 127/2011, publicado a 18 de Fevereiro em Diário da República, que define o perfil das competências específicas no período pós-parto para o EESMOG, cuida, promove, diagnostica e providencia os cuidados à mulher, RN e família no período pós-natal.

Considerando estas competências o CRPP criado responde às necessidades identificadas enquanto mãe e mulher, permitindo ajudar a que se focalize também nela própria e no meio que a envolve. A frequência deste curso, de acordo com a OE (2014), permite que se previnam complicações, se evitem riscos e se detetem precocemente potenciais problemas que possam por em causa o bem-estar pessoal, familiar e social a

longo prazo. De salientar ainda a possibilidade deste curso ajudar na resolução ou minimização de problemas identificados e caso seja necessário fazer o encaminhamento para outros profissionais específicos da equipa multidisciplinar em saúde.

Confirmamos também que os exercícios realizados nas aulas do CRPP e no domicílio, conforme indicação e incentivo às puérperas durante o curso, permitiu uma reestruturação/fortalecimento e tonificação da musculatura abdominal e pélvica que ajudaram na adequada recuperação da forma física e da postura corporal das participantes.

Sabe-se que o EEESMO está habilitado a *“cuidar da parturiente, vigiar o puerpério e dar todos os conselhos necessários para tratar do recém-nascido, assegurando-lhe as melhores condições de evolução”* (OE, 2014). Desta forma, a possibilidade da puérpera frequentar um CRPP torna-se uma mais-valia nos cuidados prestados às puérperas e RNs, uma vez que faz o acompanhamento destes ao longo de várias semanas após o parto.

Tendo por base o parecer N.º48 /2014 da OE, cabe ao EEESMO durante o CRPP:

- Identificar as preocupações/necessidades individuais de cada participante;
- Prevenir complicações psicológicas e emocionais;
- Auxiliar na recuperação física pré-natal e no equilíbrio de postura corporal através de exercícios físicos;
- Informar os participantes, sobre o puerpério de forma a responder a todas as preocupações espectáveis neste período, bem como as específicas de cada participante.

O facto de o CRPP ter sido proporcionado a um grupo pequeno de puérperas permitiu um acompanhamento mais personalizado de cada participante e possibilitou uma melhor partilha de experiências entre as mesmas, favorecendo assim o esclarecimento das suas dúvidas. Apesar de não existir um número de participantes ideal para um CRPP, considerou-se que a participação no primeiro curso a realizar, no HESE-E.P.E., devia ser limitada a um máximo de quatro participantes, conforme as orientações recebidas no CPNPP. De modo a facilitar a aquisição das competências necessárias de comunicação e um melhor acompanhamento de cada puérpera.

Com a aplicação da avaliação do CRPP posso concluir que o mesmo curso

correspondeu às minhas expectativas e às expectativas das puérperas que nele participaram, uma vez que estas consideraram que os temas abordados responderam às suas preocupações. Desta forma, considero que o apoio prestado após o parto às puérperas que se disponibilizaram a participar no CRPP favoreceu a vivência da experiência da maternidade de cada uma delas, promovendo a sua saúde e facilitando o desenvolvimento de competências para cuidar do RN, tornando-as mais competentes e seguras.

Considero ter atingido todos os objetivos propostos no Projeto, uma vez que foi implementado na íntegra. Com este Projeto pretendo contribuir para o enriquecimento nos cuidados prestados e no acompanhamento das mulheres no pós-parto e espero que o Projeto seja continuado. Só assim é possível prestar cuidados de qualidade no pós-parto, evitando complicações neste período que possam comprometer a saúde da puérpera e do RN.

Todo o processo de implementação do Projeto foi bastante importante para mim enquanto profissional EESMOG, ao permitir que adquirisse e desenvolvesse inúmeras competências, de forma a aplicar as boas práticas dos cuidados prestados, principalmente durante o puerpério. A implementação do Projeto permitiu-me assim, ser capaz de identificar e compreender problemas reais bem como a atuar da melhor forma sobre eles de modo a promover o bem-estar e a saúde das mulheres e família após o nascimento de um filho.

Considerando as potencialidades do Projeto demonstradas pelos resultados, sinto-me incentivada a dar-lhe continuidade e espero poder contribuir para potenciar o envolvimento de uma equipa multidisciplinar no mesmo. Contribuído assim para a qualidade e humanização dos cuidados de saúde, bem como para melhorar o conhecimento científico nesta área tão específica da saúde na vida de uma mulher.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau;
- Afonso, E. (1998). *Dificuldades da mulher no puerpério: subsídios para a enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa;
- Afonso, E. (2002). *O pós-parto – Dificuldades encontradas pela mulher e apoio encontrado*. Dissertação. Lisboa: Universidade Católica;
- Alden, K. (2013). Transição para a parentalidade. In Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, K., & Alden, K. *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica*. (pp.503-520). Rio de Janeiro: Elsevier;
- American Psychological Association (2013), *Regras essenciais de estilo da APA*. (6ªEd). Porto Alegre: Penso; R
- Base de dados Portugal Contemporâneo- Pordata. *Taxa mortalidade materna*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/taxa-de-mortalidade-materna-619> Acedido a 22 de Agosto de 2017;
- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M. (2008). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusociência;
- Cabral, A. (2002). *Obstetrícia*. (2ª Ed.). Rio de Janeiro: evinter;
- Calcutá. T. Pensador. Disponível em: http://www.pensador.com/autor/madre_teres_de_calcuta/ Acedido a 18 de Setembro de 2017;
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIFE/ICNP): versão 2*. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros;
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*. 52 (6), 658-671;

Diário da Republica eletrónico (2006). Despacho n.º 7495/2006 (2ª série). Disponível em:

<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/958060/details/normal?q=7495%2F2006>

Acedido a 10 de Maio de 2017;

Fahey, J. O. & Shenassa, E. (2013). Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *Journal of Midwifery women's Health*, 58, 613-621, doi: 10.1111/jmwh.12139 disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12139/full> Acedido a 14 Dez. 2016;

Ferreira, A. (2016). Fisiologia do Puerpério. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (pp. 438-442). Lisboa: LIDEL;

Fraser, D. M. & Cooper, M.A. (2010). *Assistência obstétrica*. Rio de Janeiro: Elsevier;

Frederico, M., Leitão, M. A (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*.

Coimbra: Formasau;

Fortin, M., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Canada: Lusodidacta;

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação- da concepção à realização*. Loures: Lusociência;

Guerra, M., Braga, M., Quellas, I. & Silva, R. (2014, Abril). Promoção da saúde na gravidez e no pós-parto, *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 1, 117-124;

Hospital do Espírito Santo – E.P.E. (2017). Obstetrícia. Disponível em:

<http://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/especialidades/obstetricia/> acedido

a 10 de Maio de 2017;

Instituto Nacional de Estatística (2011). Classificação portuguesa das profissões 2010. Lisboa. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt acedido a 10 de

Agosto;

International Confederation of Midwives, (2013). Confederación internacional de matrona - Competencias esenciales para la práctica básica de la partería. Disponível em: <http://internationalmidwives.org/global/español/> Acedido a: 12 de Agosto de 2017;

Kaitz, M. (2007). Maternal concerns during early parenthood. *Child: care, health and development*, 33 (6), 720–727;

Lowdermilk, D., Perry, S. & Bobak, I. (2002). *O Cuidado em enfermagem materna*.

Porto Alegre: Artmed Editora;

Martin, A., Horowitz, C., Balbierz, A. & Howell, E. (2013), Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery, *Matern Child Health J*, 18. 707–713;

Mello, F. M. & Guimarães, R.C. (2015). *Métodos estatísticos para o ensino e a investigação nas ciências da Saúde*. Lisboa: Edições Sílabo;

Mendes, A. (2014). *Intervenção do enfermeiro na prevenção na prevenção das perturbações no primeiro mês pós-parto*, Universidade de Lisboa. Escola superior de Enfermagem de Lisboa;

Meleis, A., Sawyer, L., Hilfinger, M. & Schumacher, K. (2000, Setembro) - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Nursing Science*, (23) 1. 12-28;

Ministério da saúde Comissão Nacional de saúde Materna e Neonatal (2006, Março). Organização perinatal nacional programa nacional de saúde materna e neonatal. Lisboa. Disponível em:

<http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20referente%20a%20Assistencia%20Materno-Infantil/9%20Comiss%C3%A3o%20Nacional%20da%20Sa%C3%Bade%20Materna%20e%20Neonatal,%20%20Mar%C3%A7o%20de%202006.pdf>

Montenegro, C.A. & Resende Filho, J. (2011). O Puerpério. In C. Montenegro & Resende Filho, *Resende Obstetrícia* (11ª Ed.), (pp. 291-95). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;

- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A. & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: Mother's views on Needs, Expectations, and Mobilization of support, *Matern Child Health journal*, 17. 616-623;
- Ortiz, M. C. G., López, P. L., Vivas, M. N., Carrillo, A. M., Zuya, s. V. & Martínez, A. H. (2014). Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliário. *Matronas Profesión*, 15 (1), 10-17;
- Organização Mundial da Saúde (2011). *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. OMS. Disponível em:
http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf;
- Oliveira, P. S. & Cordeiro, M. M. N. (2014). Necessidades em cuidados de enfermagem no pós-parto das mães adolescentes Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 8 (1). 3953-3961. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/313129654_NURSING_CARE_NEEDS_IN_THE_POSTPARTUM_PERIOD_OF_ADOLESCENT_MOTHERS_SYSTEMATIC_REVIEW;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Lisboa: colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Ordem dos Enfermeiros (2014a). Número mínimo de sessões de Recuperação Pós-Parto. Parecer N.º 48/2014. Lisboa: Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;
- Ordem dos Enfermeiros (2014b). Recomendações para os cursos de recuperação pós-parto, Recomendação n.º 1. Lisboa: Mesa do colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica;
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto. Parecer N.º 4/2016. Lisboa: Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e

Obstétrica;

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS®*. (6ª Ed.), Lisboa: Edições Sílabo;

Petronilho, F. A.S. (2007). *Preparação do regresso a casa. Coimbra*: Formasau;

Portal da saúde (2015), História do Serviço Nacional de Saúde: Ministério da saúde.

Disponível em:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>;

Porto Editora. Infopedia-Dicionários da Porto Editora Disponível em:

<https://www.infopedia.pt/>

Regulamento N.º 127/2011. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, n.º 35;

Romero, A., Rodríguez, L. & Cárdenas, C. (2012), topic review Coping and adaptation process during puerperium, *Colombia Médica*, 43 (2). 168-175;

Saint-Exupéry, A. *O príncipezinho*. Editorial Presença

Santos, T. (2011). *Preocupações maternas no pós-parto: Estudo em puérperas às três semanas após a alta da maternidade*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra;

Santos, M. (2012) Texto de apoio sobre o diagnóstico em processos de intervenção social e desenvolvimento local. Évora: Universidade de Évora Disponível em:

http://home.uevora.pt/~mosantos/download/Diagnostico_10Ag12.pdf;

Serviço de Obstetrícia/Ginecologia. Relatório de Avaliação – Portaria n.º 310/2016, Artigo n.º 3 do HESE-E.P.E.;

Teixeira, R., Mandú, E., Corrêa, A. & Marcon, S. (2015). Necesidades de asistencia en salud a mujeres en el postparto. *Escola Anna Nery*, 19 (4), doi:10.5935/1414-8145.20150083 Consultado em 12 Dez. 2016;

Tu Kun, M. R. & Rezende, C. L. (2012). Conhecimento das puérperas sobre o autocuidado e o cuidado com recém-nascido. *Nursing*, 14 (166),158-63;

Ordem de serviço n.º 8/2013. Regulamento Especifico do Ciclo de estudos conducente ao Grau de Mestre pela Universidade de Évora. Universidade de Évora.

Disponível em:

http://www.estudar.uevora.pt/informacao_academica/teses_doutoramento/Prazo-limite-de-entrega-da-tese. Acedido a 2 de Junho de 2017;


Universidade de Évora, (2017). SPSS – Versão n.º 22. Chicago : National Opinion Research Center;

WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank (2010). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. WHO Library Cataloguing. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44423/1/9789241500265_eng.pdf;

APÊNDICES

Apêndice A – Projeto: “Regresso a Casa: Promoção do Bem-estar da Puérpera na Experiência da Maternidade”

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado	MODELO T-005
	PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	Ano Letivo: <u>2017 / 2018</u>

1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA
<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não aprovado <i>Fundamentação da não aprovação (Esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):</i> Data: _____ Assinatura: _____

2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)
 Data: _____ Assinatura: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE
Nome Completo: <u>Helena Isabel Chorão Bilo</u> Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</u> Especialidade: <u>Saúde Materna e Obstetrícia</u> Número: <u>34852</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado

4. CONTACTOS DO ESTUDANTE
Telef.: <u>965091125</u> E-mail: <u>helena_bilo@hotmail.com</u>

5. PROPOSTA
<input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto <small>Neste caso, assinale os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)</small> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.

6. TÍTULO DO TRABALHO
Título em Português: <u>Regresso a casa: Promoção do bem-estar da puérpera na experiência da maternidade.</u> Título em Inglês: <u>Return home: Promoting the well-being of the puerpera in the experience of motherhood.</u>

7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com explicitação escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos da investigação realizada com memória justificativa e descritiva <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____			
9. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração de aceitação) Nome: <u>Professora Doutora Maria da Luz Ferreira Barros</u> Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u> Telef.: <u>917127477</u> E-mail: <u>mlb@uevora.pt</u> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ Telef.: _____ E-mail: _____				
10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE Área Disciplinar do Trabalho: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</u> Palavras-chave (5 palavras): <u>Período pós-parto; Poder familiar; Educação Parental; Saúde; Bem-estar materno.</u>				
11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA Identificação das principais preocupações no puerpério/ Promoção da autonomia da mulher ..				
12. RESUMO <u>Em anexo.</u>				
13. PLANO E CRONOGRAMA <u>Em anexo.</u>				
14. JUSTIFICAÇÃO DA ALTERAÇÃO PROPOSTA (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção) 				
15. DOCUMENTOS ANEXOS <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo) <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>Requirimento de Pedido de Parecer</u>	16. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE Nos termos do Regulamento conducente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, entregando projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.. Data _____ Assinatura _____			
17. RESERVADO AOS SERVIÇOS <table border="1"><tr><td>Receção <small>(Data e Assinatura)</small></td><td>Registo <small>(Data e Assinatura)</small></td><td>Observações:</td></tr></table>		Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:
Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:		

12.

RESUMO

O puerpério é considerado pela Ordem dos Enfermeiros (2012/2015), como o período de recuperação física e psicológica da mãe, que se inicia logo após o nascimento do (s) bebé (s) e se prolonga por 6 semanas (42 dias) após o parto. Representando um período cheio de alterações não só na mulher mas em todo o círculo familiar e de amigos. Sendo que neste período acontecem na mulher, adaptações primordiais ao novo papel de mãe, ao nível físico, psíquico, social, económico entre outros. Os profissionais de saúde têm um papel fundamental nesta adaptação onde, a assistência pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) à mãe/família/comunidade é sem dúvida, uma mais-valia.

O período pós-parto é particularmente marcado por dificuldades a vários níveis, associadas à fisiologia do puerpério, dificuldades no cuidar do filho e dificuldades psicossociais (Afonso, 2002). Martin, Horowitz, Balbierz e Howell, (2013) citam vários estudos onde reconhecem que o sistema de saúde não prepara adequadamente as mulheres para as consequências maternas imediatas ao pós- parto. Muitas destas dificuldades revelam-se como preocupações nas primeiras semanas do pós-parto (Afonso, 1998).

Segundo Lowdermilk, Perry e Bobak (2002), o internamento na maternidade deveria ser longo o suficiente para se identificar problemas e garantir que a puérpera é capaz de cuidar de si própria e do seu bebé no domicílio. Este período de internamento, bem como o período puerperal após a alta clínica, são vistos como a altura ideal para dar informação e prestar formação à puérpera, para a tornar como principal agente do seu bem-estar.

Hoje em dia o internamento na maternidade no pós-parto é bastante curto (48 horas no parto vaginal, 72 horas na cesariana), o que se torna insuficiente para que a puérpera consiga consolidar e adquirir todas as competências necessárias para saber cuidar de si e do seu filho após a alta clínica, principalmente se for um primeiro filho.

Tendo em conta que a idade média para o nascimento do primeiro filho em Portugal é de 30 anos em 2014 comparada com os 25 anos em 1960 e que a taxa bruta de natalidade em Portugal tem vindo a descer ao longo das últimas décadas, sabendo que a percentagem de nascimentos por 1000 habitantes em 1960 era de 24.1% e que em 2014 é de 7.9% (INE/PORDATA, 2015). Verifica-se que a maioria dos atuais pais crescem em pequenas famílias, sem bebés à sua volta e sem adquirirem conhecimentos sobre bebés. Assim são poucos os que praticam ou aprendem algo sobre maternidade ou a paternidade, enquanto crianças (Brazelton,1998).

Mesmo sendo fácil ter acesso a informação sobre assuntos relacionados com o puerpério e o recém-nascido, nem sempre a informação é a mais correta. Antigamente estas competências pertenciam às famílias, quando por exemplo, as meninas ajudavam a cuidar de irmãos ou familiares mais novos, hoje em dia as informações e formações nesta área são realizadas pelos técnicos de saúde. (Mendes,2013).

É no pós-parto, que surgem as principais dificuldades na adaptação ao novo papel de mãe, na sua adaptação às alterações físicas, psicológicas e sociais, e nos cuidados ao seu filho, reconhece-se assim uma grande importância no acompanhamento da puérpera durante este período. Neste período as dúvidas que surgem são muitas vezes acompanhadas pela instabilidade emocional, tornando a mulher mais vulnerável em relação às síndromes psiquiátricas, segundo Burke (2003), citado por Mendes (2014). Santos (2011), refere que as dificuldades vivenciadas pela puérpera durante o período de puerpério são: dificuldades associadas à fisiologia do parto e puerpério; dificuldades psicossociais e dificuldades no cuidar do recém-nascido.

Segundo Mendes (2014), após a alta da puérpera e recém-nascido da maternidade, o acompanhamento da puérpera por um profissional de saúde, não acontece de uma forma organizada, nem regular, com a excepção das puéperas em situação de risco que são antecipadamente referenciadas. Durante o primeiro mês do puerpério, os contactos da puérpera e recém-nascido com os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, são habitualmente

na avaliação do peso da criança e no rastreio de doenças metabólicas no recém-nascido. A mulher só volta a ter um contacto em consulta com um enfermeiro ou médico, num serviço de saúde público ou privado, geralmente passado cerca de um mês após a alta clínica da maternidade, sendo esta a altura em que acontece a consulta de revisão de puerpério e a primeira consulta de saúde infantil.

Assim é essencial compreender as preocupações das puérperas à data da alta, após a aquisição de algumas competências que acontecem durante o internamento, para promover o bem-estar destas, bem como do seu filho e família. Desta forma consegue-se adequar e programar um acompanhamento da puérpera, para que exista uma recuperação pós-parto que responda às suas necessidades particulares, prevenindo e identificando as complicações que possam surgir.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2011), o EESMO tem competências para vigiar a puérpera e recém-nascido no puerpério, estando preparado para implementar cursos de recuperação pós-parto.

A recuperação pós-parto tem como objetivo, segundo a OE (2014), a partilha de experiências entre os membros que participam no grupo, favorecendo assim a educação pelos pares; a promoção da saúde das puérperas, considerando as suas alterações físicas, emocionais e psicológicas, promovendo assim o desenvolvimento de competências para cuidar do recém-nascido e a promoção da prática de exercícios físicos adequados que ajudem a tonificar a musculatura abdominal e perineal, de forma a proporcionar uma recuperação da forma física e da postura correta da mulher.

Com este estudo prende-se então, a identificação de preocupações/necessidades das puérperas do Hospital do Espírito Santo de Évora- E.P.E. (HESE-E.P.E.) à data de alta, para posteriormente responder a estas, com a criação de um gabinete de recuperação pós-parto que ainda não existe no mesmo hospital, considerando que é de extrema importância para uma vivência do puerpério da mulher.

13. PLANO E CRONOGRAMA

PLANO DE ATIVIDADES – PREPARAÇÃO DO PROJECTO

Atividades Planeadas	Recursos
<ul style="list-style-type: none">• Reuniões com o Enfermeiro Diretor e Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetrícia do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), E.P.E.;• Reuniões com a orientadora pedagógica do projeto;• Definição dos objetivos do projeto;• Elaboração escrita do projeto;• Entrega do impresso de proposta de projeto e do formulário de avaliação de projeto pela Comissão de Ética, nos serviços Académicos da Universidade de Évora.	<ul style="list-style-type: none">• Recursos Físicos: Salas de reunião do Serviço de Obstetrícia do HESE E.P.E.• Recursos Materiais: Computador e impressora.• Recursos Humanos: Enfermeiro Diretor e Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetrícia do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.; Docente Orientadora.• Recursos Temporais: Cronograma de atividades.

PLANO DE ATIVIDADES – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

OBJETIVO GERAL: Promover o bem-estar da puérpera na experiência da maternidade

1- **Objetivo Específico I:** Identificar as principais preocupações sentidas pelas puérperas à data da alta da maternidade;

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
- Aplicação do questionário com caracterização sociodemográfica	Recursos Físicos: Serviço de Obstetrícia do HESE E.P.E.;	- Identificar as preocupações das puérperas sentidas à data de alta	- Tratamento estatístico dos dados

e obstétrica, e de um segundo questionário Preocupações Maternas de Sheil et al. (1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa 2010. Segundo Fortin (2009), às puérperas do HESE, E.P.E.; - Análise dos resultados obtidos.	Recursos Materiais: Computador, impressora; Recursos Humanos: Docente orientadora, Puérperas internadas no HESE, E.P.E.; Recursos Temporais: Dezembro de 2016 a Março de 2017	clínica do puerpério do HESE E.P.E.;	obtidos; - Presenças na sessão; Inquérito de avaliação da sessão (Núcleo de Formação do HESE, E.P.E.).
---	--	--------------------------------------	--

2-Objetivo Específico II : Envolver a equipa de EESMO do serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HESE no projeto;

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
- Apresentação do projecto à equipa de EESMO do Serviço de Obstetrícia do HESE, E.P.E. - Divulgação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação; - Apresentação do esquema do calendário das sessões de recuperação pós-parto.	Recursos Físicos: Serviço de Obstetrícia e Departamento sala de reuniões; Recursos Materiais: Computador, impressora e data-show; Recursos Humanos: Docente orientadora e equipa do Serviço de Obstetrícia do HESE, E.P.E. Recursos Temporais: Abril de 2017 a Setembro de 2017.	- Envolvimento da equipa EESMO na criação de um modelo de sessões de educação para a saúde que respondam às preocupações identificadas, de forma a ajudar as puérperas neste período.	- Espaço de discussão para validação dos ensinamentos realizados e esclarecimento de dúvidas; - Presenças na sessão;

3-Objetivo Específico III: Desenvolver ações que permitam a promoção da saúde das puérperas;

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
- Criação de Sessões de Educação para a saúde teórico-práticas no pós-parto sobre: -Alimentação; -Exercícios físicos; -Alterações fisiológicas decorrentes do puerpério; -Alterações psicológicas decorrentes do puerpério; -Sexualidade; -Adaptações à parentalidade; -Contraceção. - Adaptação familiar e social.	Recursos Físicos: Sala de Grupos Terapêuticos do HESE-E.P.E; Recursos Materiais: Computador e impressora; Recursos Humanos: Docente orientadora; Puérperas selecionadas; Enfermeiros do Serviço de Obstetrícia do HESE, E.P.E.; Recursos Temporais: Abril de 2017 a Setembro de 2017.	-Capacitar as puérperas para a sua autonomia nas áreas abrangidas nas sessões de educação para a saúde; - Preparar para uma aprendizagem contínua na experiência do puerpério/maternidade; -Capacitar as puérperas para serem capazes de responder às alterações próprias do puerpério.	- Espaço de discussão para validação dos ensinamentos realizados e esclarecimento de dúvidas; - Presenças na sessão;

4-Objetivo Específico IV: Desenvolver ações que permitam à mulher/família a aquisição de competências para cuidar do RN;

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
-Criação de Sessões de Educação para a saúde teórico-práticas sobre: -Amamentação; -Cuidados ao RN; -Consultas de vigilância; -Desenvolvimento infantil;	Recursos Físicos: - Sala de Grupos Terapêuticos do HESE-E.P.E; Recursos Materiais: Computador, impressora e data-show; Recursos Humanos: Docente orientadora e equipa do Serviço de Obstetrícia do HESE, E.P.E.	-Capacitar as puérperas para a sua autonomia nas áreas abrangidas nas sessões de educação para a saúde; - Preparar para uma aprendizagem contínua na experiência do puerpério/maternidade; -Capacitar as puérperas para serem	- Espaço de discussão para validação dos ensinamentos realizados e esclarecimento de dúvidas; - Presenças na sessão;

-Plano de vacinação infantil; -Prevenção de acidentes de vida;	Recursos Temporais: Abril de 2017 a Setembro de 2017.	capazes de responder às necessidades do RN.	
---	---	---	--

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Ações	Mês/Ano											
	10/2016	11/2016	12/2016	1/2017	2/2017	3/2017	4/2017	5/2017	6/2017	7/2017	8/2017	9/2017
Realização de reuniões												
Elaboração do projeto												
Preparação dos instrumentos de colheita de dados												
Diagnóstico da problemática												
Realização das atividades Planeadas												
Elaboração do relatório final												
Pesquisa bibliográfica												

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, E. (1998). *Dificuldades da mulher no puerpério: subsídios para a enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa;
- Afonso, E. (2002). *O pós-parto – Dificuldades vividas pela mulher e apoio encontrado*. Estudo bibliográfico empírico;
- Base de dados Portugal Contemporâneo- Pordata. *Taxa Bruta de Natalidade em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>
- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (4.ªed.) Loures: Lusociência;
- Brazelton, T. (1998). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes médicas;
- Burroughs, A., Leifer, G. (2002). *Enfermeria Materno-infantil*. Octava Edición;
- Cabral, A. (2002). *Obstétrica*. 2.ªEd, Revinter;
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação; Da concepção à realização*. 5.ªEd.Loures, Lusociência;
- Guerra, M., Braga, M., Quelhas, I & Silva, R. (2014), Promoção da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-parto, *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 1, (p117-124)
- Lowdermilk, D., Perry, S. & Bobak, I. (2002). *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5.ª Ed, Porto Alegre, Artmed Editora
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Recomendações para os cursos de recuperação pós-parto*, Recomendação n.º 1. Lisboa: Mesa do colegio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015,;
- Mendes, A. (2014). *Intervenção do Enfermeiro na Prevenção das Perturbações no Primeiro Mês Pós-parto*, Universidade de

Lisboa. Escola superior de Enfermagem de Lisboa;

-Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ªed.). Loures: Lusodidacta;

-Santos, T.(2011), *Preocupações Maternas no Pós-parto: Estudo de Puérperas às três semanas Após a Alta da Maternidade*, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;

-Martin,A., Horowitz, C., Balbierz, A.& Howell, E. (2013), Views of Women and Clinicians on Postpartum Preparation and Recovery, *Matern Child Health J*, 18, p707–713;

-Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2011) N.º127/2011. Diário da República, n.º35.

Apêndice B- Consentimento Informado

**Universidade de Évora – Escola de Enfermagem São João de Deus
Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Helena Isabel Chorão Bilo, enfermeira a exercer funções no serviço de Puerpério do Hospital do Espírito Santo de Évora- E.P.E, encontra-se a realizar uma Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Universidade de Évora da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

Neste contexto, solicita-se a sua colaboração para o estudo através do preenchimento do questionário dividido em duas partes, a Parte I- Dados Sociodemográficos e Obstétricos e Parte II- Questionário de Preocupações Maternas de Sheil et al.(1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa 2010. A sua colaboração é fundamental.

Este questionário pretende compreender melhor quais são as principais necessidades sentidas pelas puérperas no período puerpério à data da alta da maternidade. Pretende identificar os fatores relacionados com as preocupações maternas no período pós-parto. Tendo como objetivo diminuir as dificuldades/preocupações sentidas no domicílio, contribuindo desta forma para puerpério seguro.

O questionário respeitara todos os aspetos de ordem ética e legal, sendo mantida a confidencialidade dos dados e sua destruição depois de cumprida a sua finalidade. A sua participação é facultativa, podendo a qualquer momento cancelar o seu consentimento.

É muito importante que não deixe nenhuma questão por responder. Nas questões que apresentam várias opções coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor se adapta ao seu caso. Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas, deve responder de acordo com a sua opinião.

Se entende estar esclarecida e aceitar participar neste estudo, por favor assine este documento. Este consentimento é assinado por mim em duplicado, ficando em minha posse um exemplar

Obrigada

Li este consentimento e concordo em
participar

Li, expliquei e assegurei-me que a senhora
compreendeu

Data ____/____/____

Data ____/____/____

A Senhora Participante

O Investigador Local

Enfermeira: Helena Bilo (aluna do Mestrado de Profissional em Saúde Materna e Obstetrícia).

Email: helena_bilo@hotmail.com

Apêndice C- Questionário “dados Sociodemográficos e Obstétricos

Parte I

Dados Sociodemográficos e Obstétricos

1. Ano de Nascimento _____

2. Estado Civil:

- ☐ Solteiro
☐ Casado
☐ Em união de facto
☐ Divorciado

Outro: _____

3. Religião:

- ☐ Católica
☐ Protestante
☐ Ortodoxa
☐ Budista
☐ Hindu
☐ Islâmica
☐ Judaica
☐ Religião Tradicional Chinesa
☐ Agnóstico/Ateu/ Sem Religião

Outro: _____

4. Nacionalidade: _____

5. Distrito de residência:

Aveiro <input type="radio"/>	Évora <input type="radio"/>	Porto <input type="radio"/>	Viseu <input type="radio"/>
Beja <input type="radio"/>	Faro <input type="radio"/>	Santarém <input type="radio"/>	Portalegre <input type="radio"/>

Braga <input type="radio"/>	Guarda <input type="radio"/>	Setúbal <input type="radio"/>	Bragança <input type="radio"/>
Coimbra <input type="radio"/>	Leiria <input type="radio"/>	Viana do Castelo <input type="radio"/>	R.A. Açores <input type="radio"/>
Castelo Branco <input type="radio"/>	Lisboa <input type="radio"/>	Vila Real <input type="radio"/>	R.A. Madeira <input type="radio"/>
Fora de Portugal Onde?			

6. Habilitações Literárias:

- ☐ Ensino básico 1.ºCiclo – 4.ºano
- ☐ Ensino básico 2.ºCiclo – 6.ºano (antigo 2.º ano liceal/ ciclo preparatório)
- ☐ Ensino básico 3.ºCiclo – 9.ºano (antigo 5.º ano liceal/ ciclo técnico)
- ☐ Ensino secundário – 12.º ano ou equivalente
- ☐ Ensino médio / pós secundário – curso de especialização tecnológica
- ☐ Curso superior – licenciatura
- ☐ Curso superior – mestrado
- ☐ Curso superior - doutoramento

7. Profissão _____

8. Composição do Agregado Familiar:

- ☐ Vive em casal, com filho(s)
- ☐ Vive em casal, sem filho(s)
- ☐ Vive só, com filho(s)
- ☐ Vive sozinho/a
- ☐ Vive com outras pessoas/ noutra situação

9. Remuneração média mensal do agregado familiar:

- ☐ Até 500,00 euro

- ☐ Entre 500,01 e 1.000 euro
- ☐ Entre 1.000,01 e 2.000 euro
- ☐ Entre 2.000,01 e 3.000 euro
- ☐ Entre 3.000,01 e 4.000 euro
- ☐ Entre 4.000,01 e 5.000 euro
- ☐ Superior a 5.000,01 euro
- ☐ Não sabe
- ☐ Sem resposta

10. Tipo de Parto:

- ☐ Cesariana
- ☐ Via baixa

11. Quantos filhos tem: _____

12. Se tem outros filhos. Que idades têm: _____

13. Teve contactos anteriores com recém-nascidos:

- ☐ Sim
- ☐ Não

13.1- Se sim, que cuidados prestou a esse bebé:

- ☐ Banho
- ☐ Alimentação
- ☐ Pegou ao colo
- ☐ Mudou a fralda
- ☐ Colocou a dormir
- ☐ Acalmou no choro
- ☐ Prestou cuidados ao coto umbilical
- ☐ Levou a passear
- Outro _____

14. Onde foi vigiada a gravidez (assinale a/as respostas que se aplicam):

- ☐ Centro de Saúde
- ☐ Hospital publico
- ☐ Hospital privado
- ☐ Consultório privado
- ☐ Não vigiada

15. Frequentou algum grupo/aula de preparação para o parto:

- ☐ Sim
- ☐ Não

15.1 se respondeu sim. Onde? (selecione uma opção)

- ☐ Estabelecimento privado
- Entidade de saúde pública - Centro de saúde ☐
- Hospital ☐

Apêndice D - Questionário de Preocupações Maternas de Sheil et al.(1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa 2010.

Parte II

Questionário de Preocupações Maternas de Sheil et al.(1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa 2010.

As preocupações sentidas por algumas mulheres após o nascimento de um bebé são enumeradas a seguir. Uma preocupação é tudo o que constitua uma interrogação, inquietação ou problema para si. Por favor leia cada item, decida até que ponto o item a preocupa e depois assinale com um círculo à volta da sua resposta utilizado a escala seguinte.

1. *Sem preocupação.* Refleti sobre isso ou pensei sobre o assunto mas não estou inquieta, não tenho qualquer preocupação.
2. *Pouca preocupação.* Refleti sobre isso e não estou inquieta; tenho alguma preocupação ou interrogação.
3. *Preocupação moderada.* Pensei sobre isso; estou moderadamente preocupada.
4. *Muita preocupação.* Refleti sobre o assunto; estou muito preocupada

Por favor, responda aos itens de acordo com a forma como se sente AGORA.

A primeira área de preocupação refere-se a SI	Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação
1.Alimentação	1	2	3	4
2.Hábitos de exercício físico	1	2	3	4
3.Regresso à figura anterior à gravidez	1	2	3	4
4.Regresso da menstruação	1	2	3	4
5.Corrimento vaginal	1	2	3	4
6.Desconforto causado pelos pontos	1	2	3	4
7.Obstipação (prisão de ventre)	1	2	3	4
8.Hemorroidas	1	2	3	4
9.Dor nas mamas	1	2	3	4
10.Cuidado com as mamas	1	2	3	4

11.Cansaço	1	2	3	4
12.Tensão emocional	1	2	3	4
13.Incapacidade de concentração	1	2	3	4
14.Experiência de trabalho de parto	1	2	3	4
15.Sensação de estar fechada em casa	1	2	3	4
16.Sensação de “estar em baixo”.	1	2	3	4
17.Ter tempo para cuidar de si.	1	2	3	4

A primeira área de preocupação refere-se ao SEU BEBÉ	Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação
18.Ser uma boa mãe	1	2	3	4
19.Aparência física do seu bebé	1	2	3	4
20.Crescimento e desenvolvimento normais	1	2	3	4
21.Alimentação do seu bebé	1	2	3	4
22.Cuidado físico	1	2	3	4
23.Sensação de conforto ao lidar com o seu bebé	1	2	3	4
24.Interpretação do comportamento do seu bebé	1	2	3	4
25.Não acordar com o choro do bebé	1	2	3	4
26.Reconhecer sinais de doença	1	2	3	4
27.Viajar com o bebé	1	2	3	4
28.Segurança (prevenção de acidentes)	1	2	3	4
29.Como vestir o seu bebé (roupa demasiado fria para o ambiente)	1	2	3	4

A próxima área diz respeito às preocupações relativas ao SEU COMPSNHEIRO	Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação
30.A sua relação com o pai do bebé	1	2	3	4
31.O companheiro ser bom pai	1	2	3	4
32.Ter tempo para se divertir	1	2	3	4
33.Terem tempo para estarem sozinhos	1	2	3	4
34.Relações sexuais	1	2	3	4
35.Planeamento familiar	1	2	3	4

A próxima área refere-se à SUA FAMÍLIA	Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação
36.Gerir as exigências do lar	1	2	3	4
37.Mudança do estilo de vida familiar	1	2	3	4
38.Determinar limite às visitas	1	2	3	4
39.Recursos económicos	1	2	3	4

A última área de preocupação refere-se à SUA COMUNIDADE	Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação
41.Mudança nas relações com amigos solteiros	1	2	3	4
42.Mudança nas relações com os parentes/familiares	1	2	3	4
43.Mudança nas relações com os casais amigos	1	2	3	4
44.conselhos de familiares ou amigos	1	2	3	4
45.Acesso aos cuidados de saúde, tais como o centro de saúde, hospital/maternidade	1	2	3	4
46.Disponibilidade de recursos	1	2	3	4

comunitários				
47.Facilidade em aceder às compras	1	2	3	4
48.Trabalho/emprego	1	2	3	4
49.Participação em atividades comunitárias (festejos da comunidade)	1	2	3	4

50. Tem outras preocupações que não se encontrem nesta lista? Se sim, por favor descreva-as aqui. _____

Apêndice E - Caraterísticas Sociodemográficas e Obstétricas da População-Alvo

Caraterização Sociodemográfica:

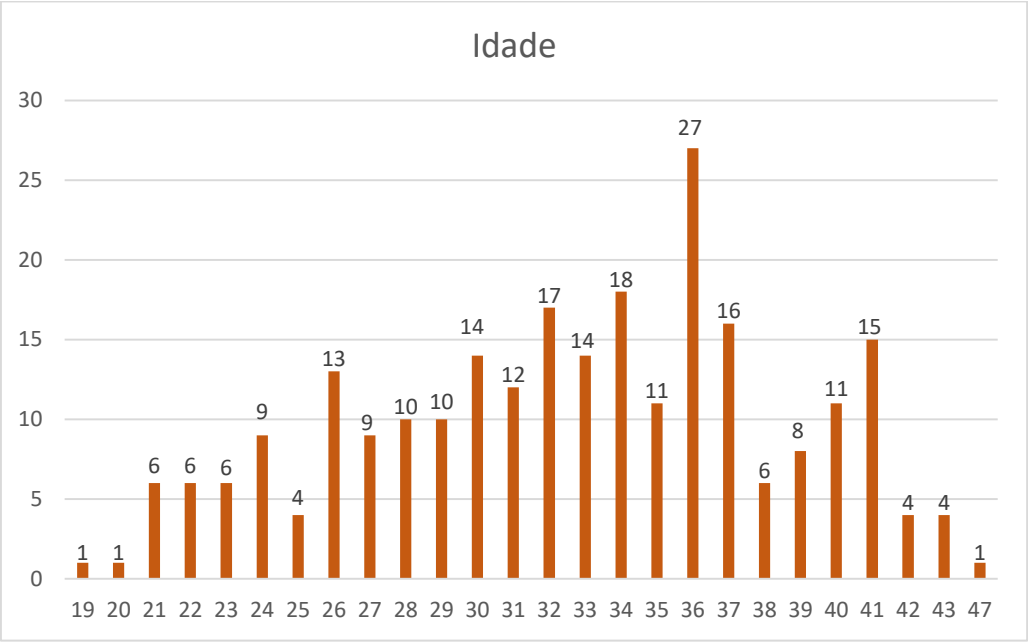


Gráfico n.º1. Idade

N	Válido	253
	Ausente	0
Média		32,58
Mediana		33,00
Moda		36
Desvio Padrão		5,799

Tabela n.º1. Estatísticas Descritivas Idade

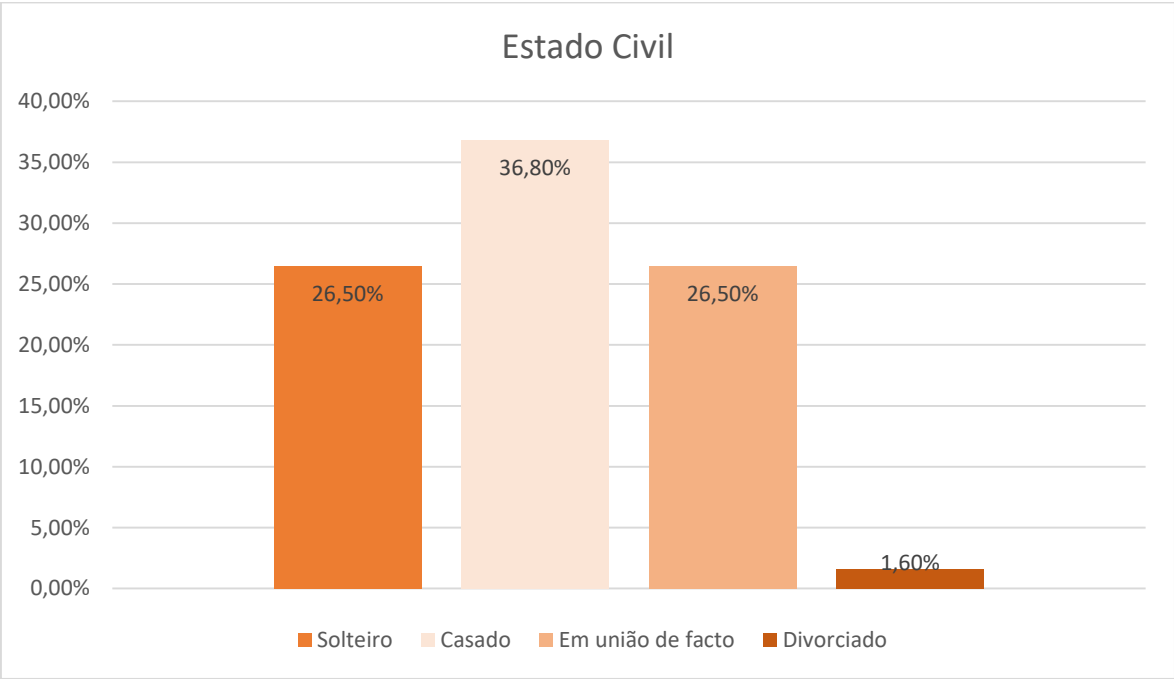


Gráfico n.º 2. Estado Civil

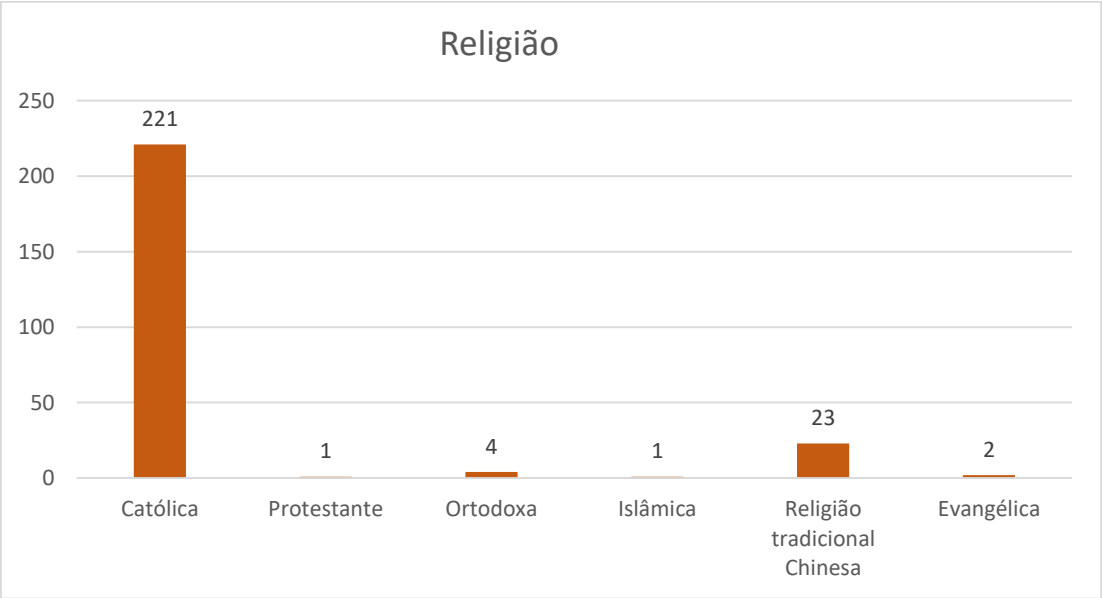


Gráfico n.º 3. Religião

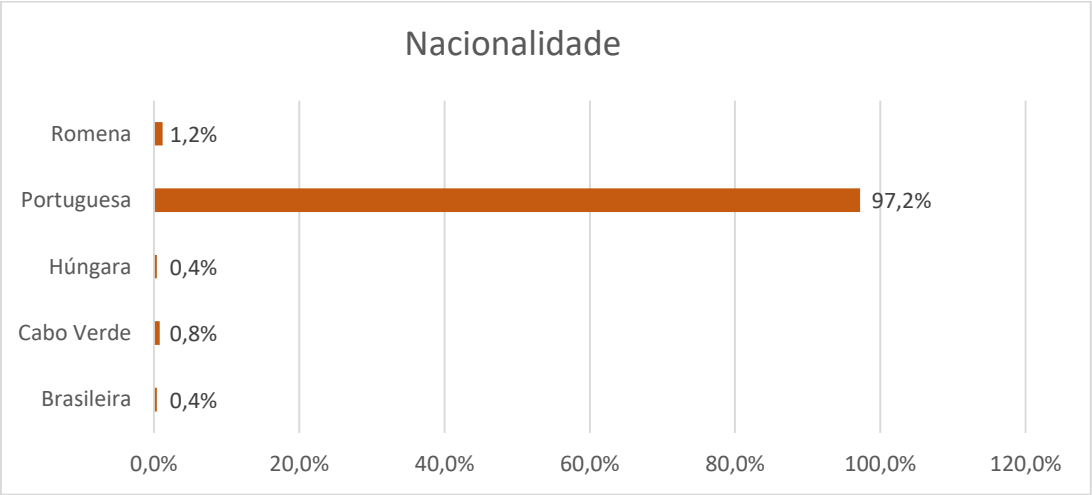


Gráfico n.º 4. Nacionalidade

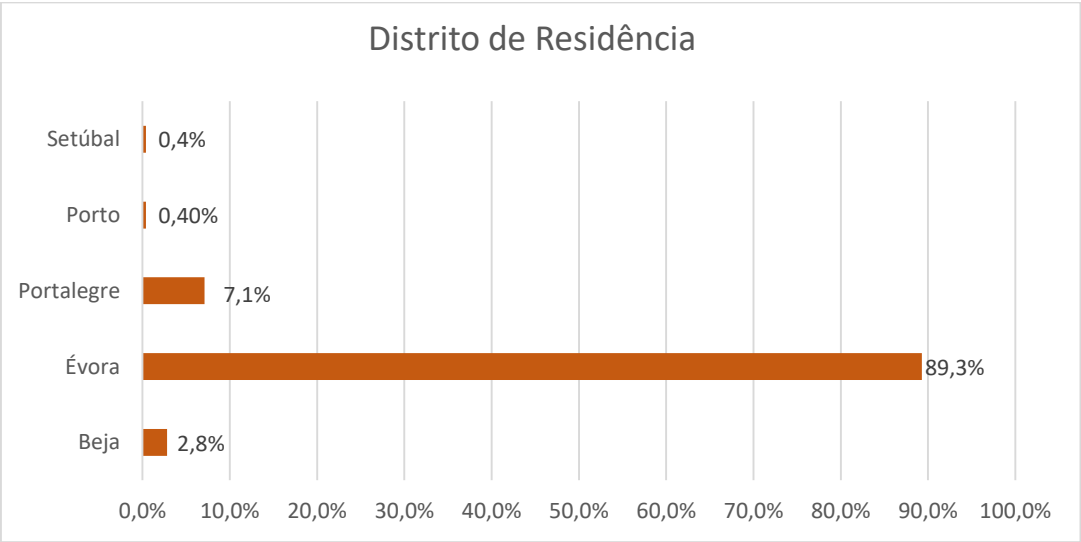


Gráfico n.º 5. Distrito de Residência

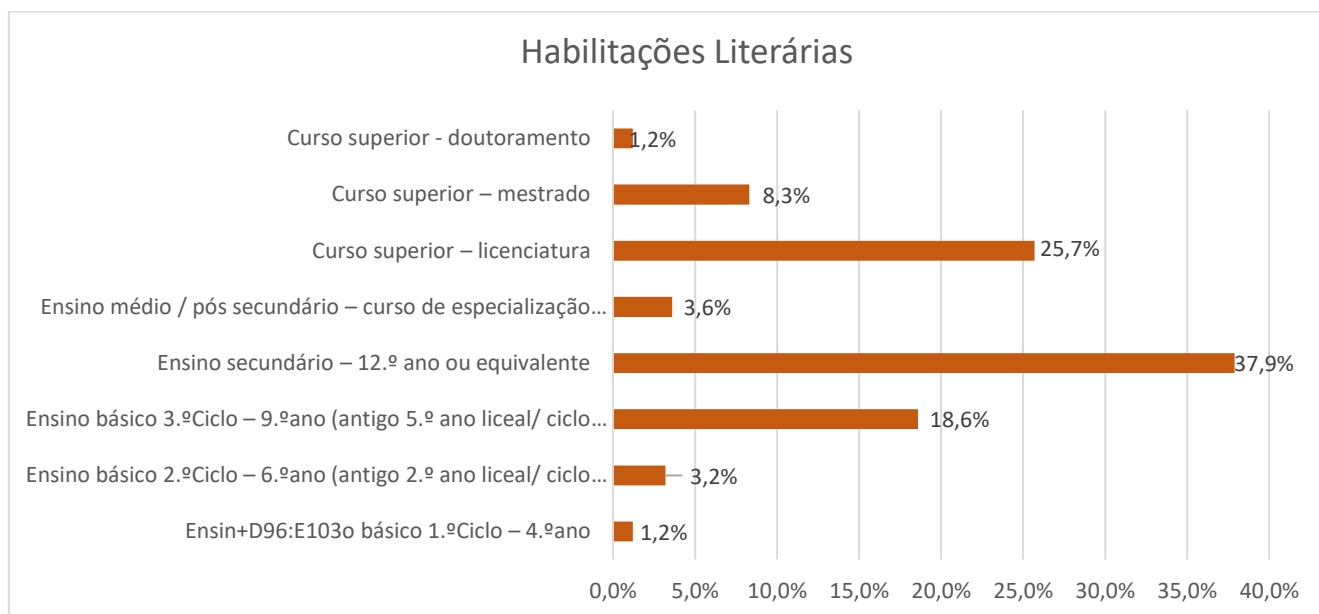


Gráfico n.º 6. Habilitações Literárias

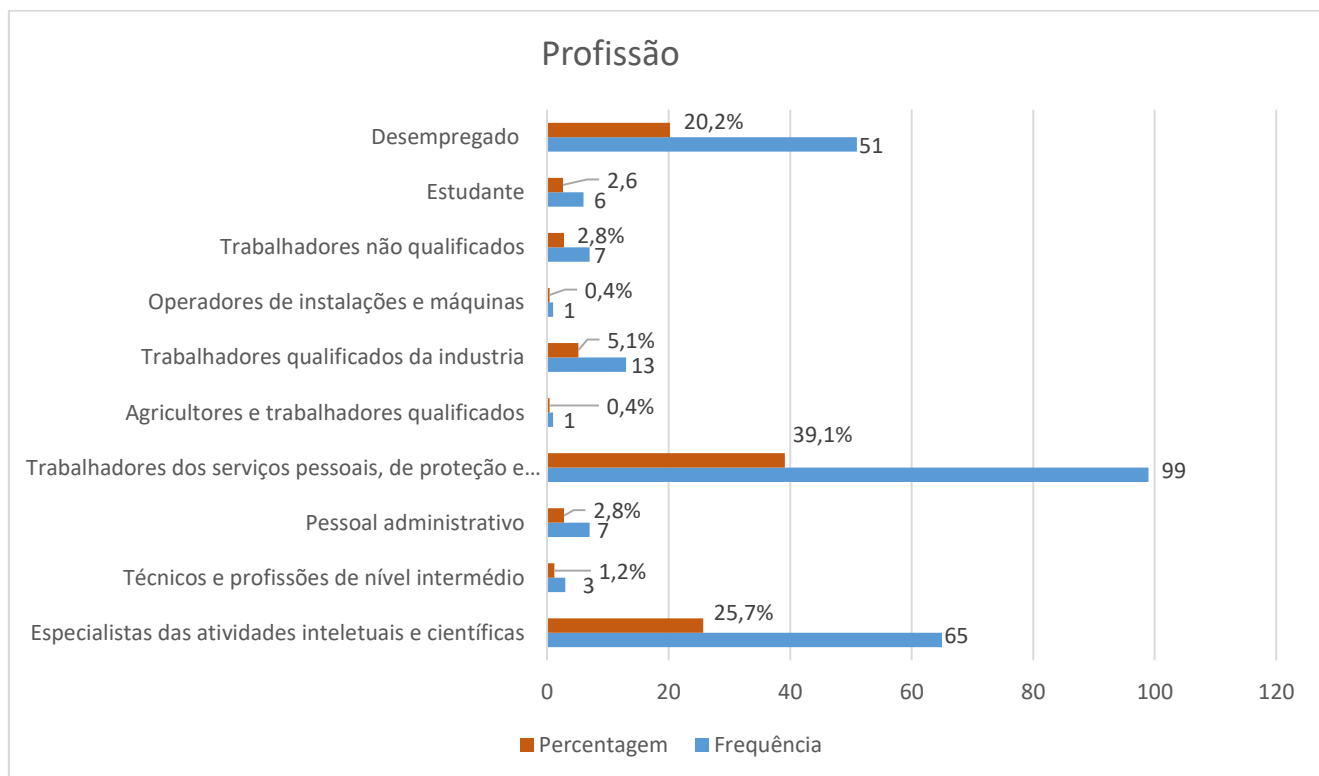


Gráfico n.º7. Profissão

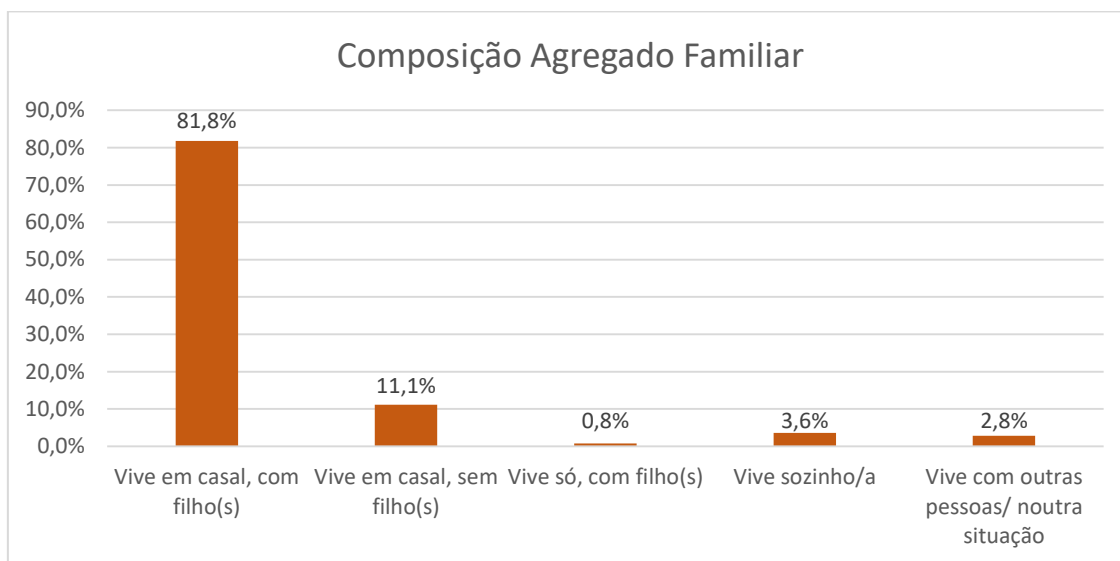


Gráfico n.º 8. Agregado Familiar

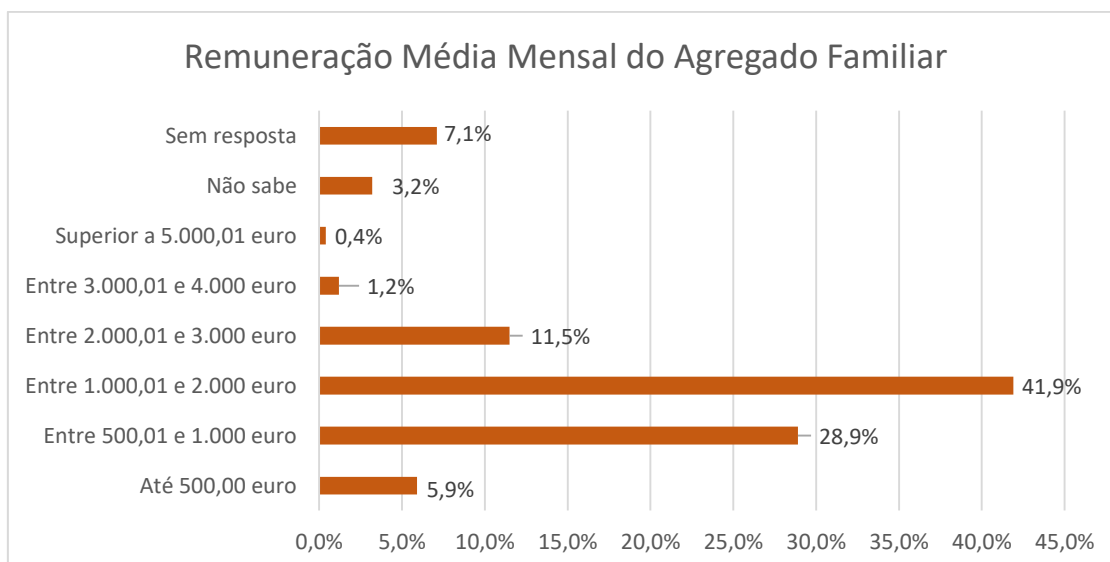


Gráfico n.º 9. Remuneração Média Mensal do Agregado Familiar

Caracterização Obstétrica

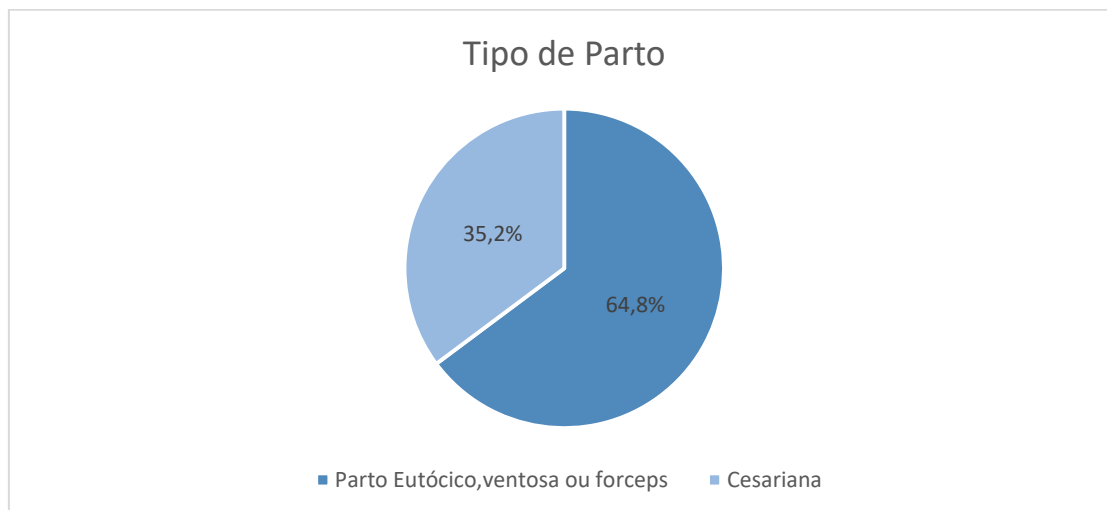


Gráfico n.º 1. Tipo de Parto

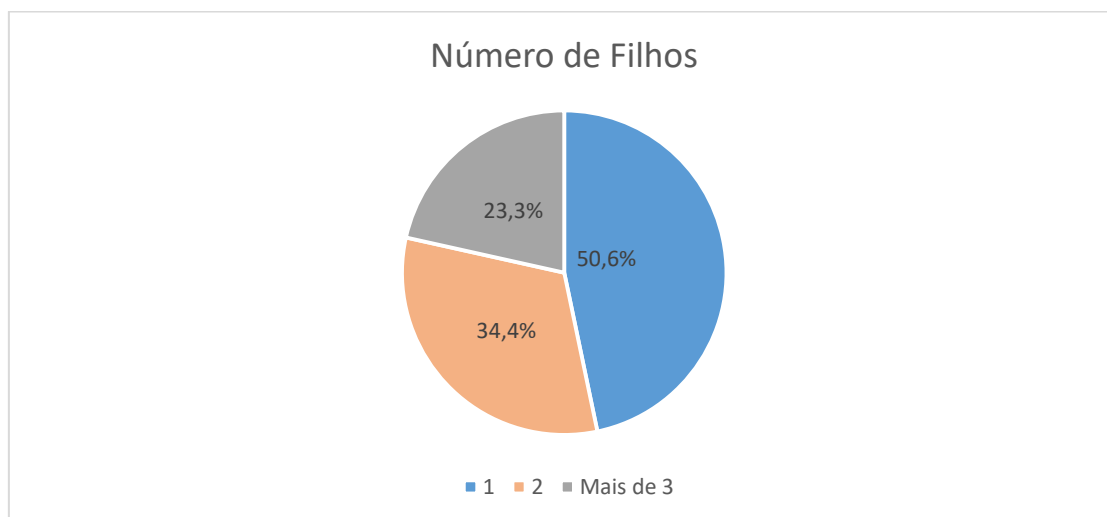


Gráfico n.º 2. Número de Filhos

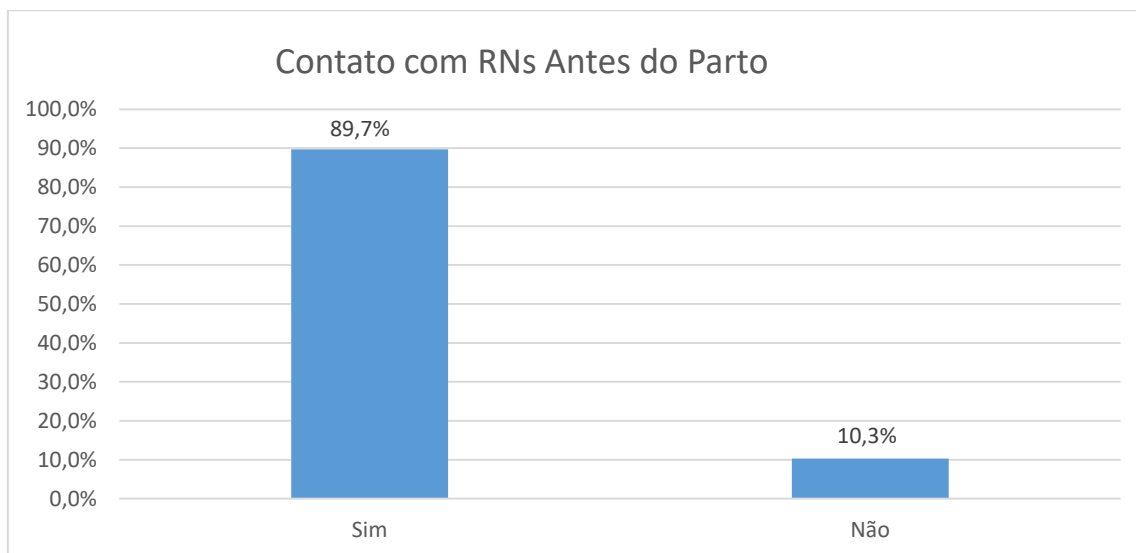


Gráfico n.º 3. Contato com RNs antes do Parto

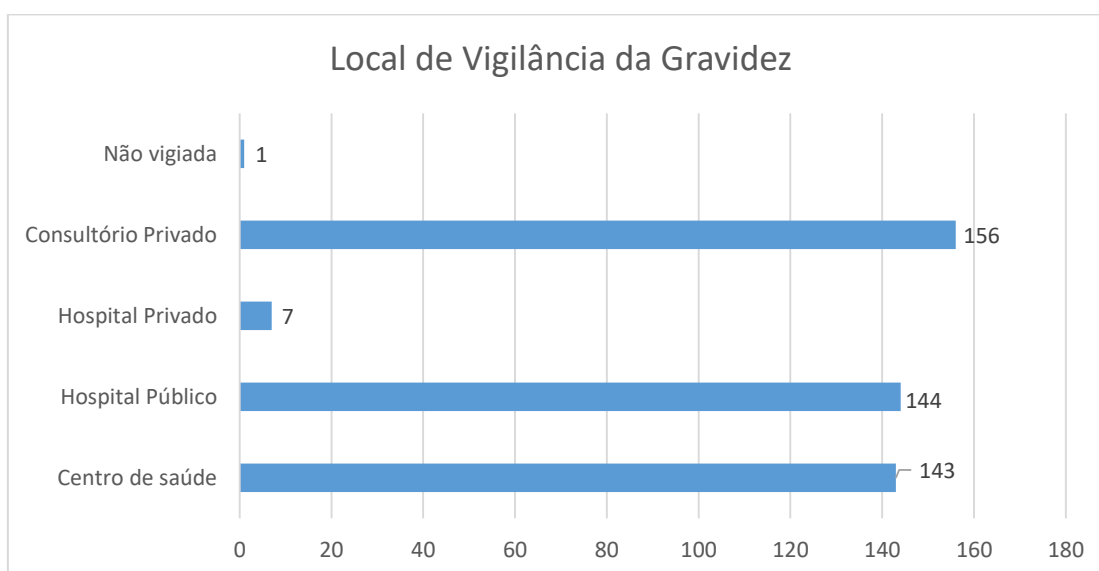


Gráfico n.º 4. Local de Vigilância da Gravidez

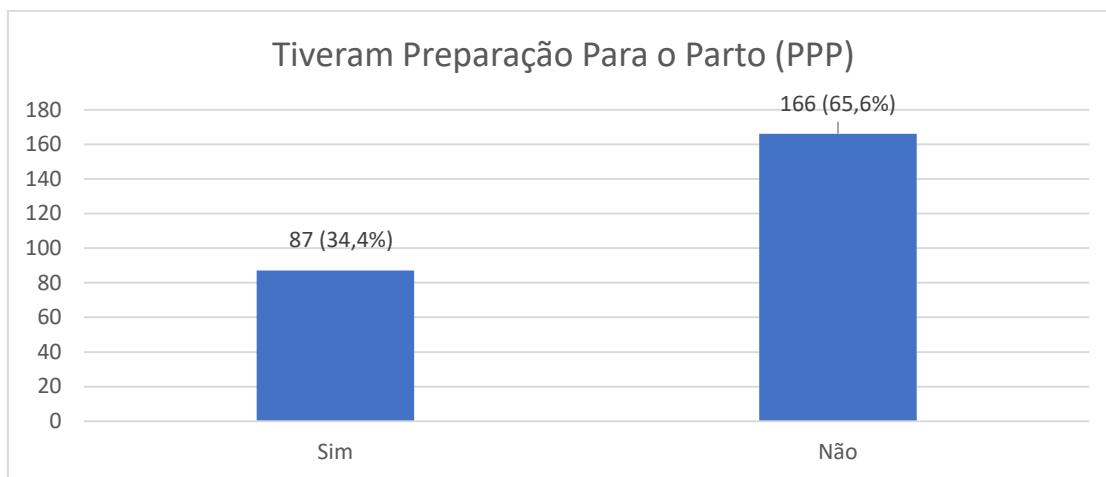


Gráfico n.º 5. Preparação para o Parto

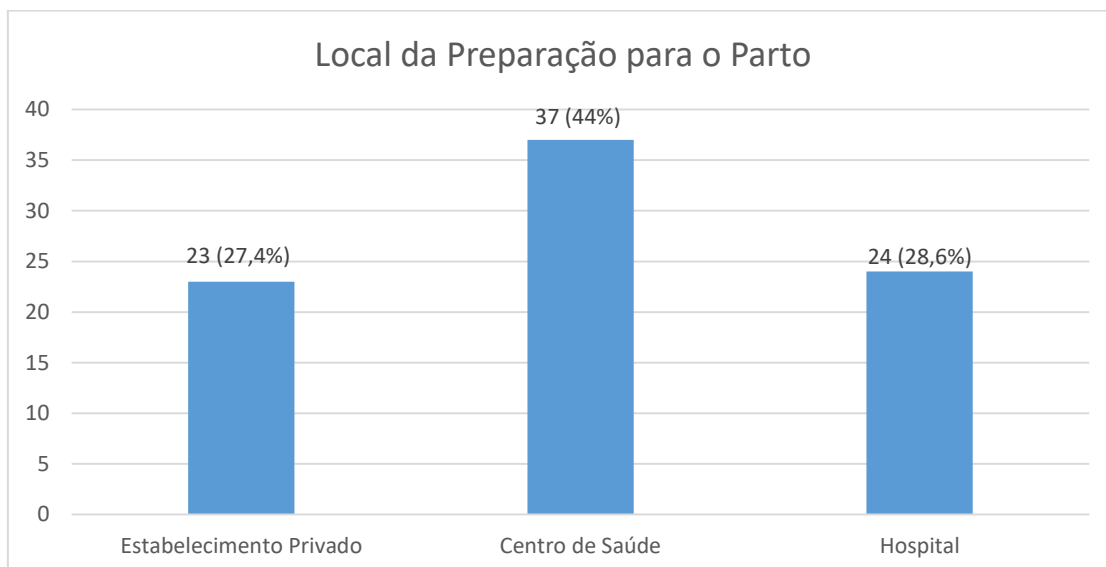


Gráfico n.º 6. Local da Preparação para o Parto

Apêndice F- Tabelas de Contingência das Preocupações Maternas Relativas a Si com a Variável Preparação para o Parto

Tabelas 1. “Cansaço” com a variável “Preparação para o Parto”

			Cansaço				Total
			Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação	
Preparação para o parto	Sim	Contagem	9	27	30	21	87
		% Preparação para o parto	10,3%	31,0%	34,5%	24,1%	100,0%
		% do Total	3,6%	10,7%	11,9%	8,3%	34,4%
	Não	Contagem	23	67	61	15	166
		% Preparação para o parto	13,9%	40,4%	36,7%	9,0%	100,0%
		% do Total	9,1%	26,5%	24,1%	5,9%	65,6%

Tabela 2. Sensação de estar fechada em casa com a variável Preparação para o Parto

			Sensação de estar fechada em casa "recodificada"			Total
			Sem preocupação	Pouca Preocupação	Moderada preocupação ou muita preocupação	
pre-para_parto	Sim	Contagem	25	39	23	87
		% em pre-para_parto	28,7%	44,8%	26,4%	100,0%
		% do Total	9,9%	15,4%	9,1%	34,4%
	Não	Contagem	77	48	41	166
		% em pre-para_parto	46,4%	28,9%	24,7%	100,0%
		% do Total	30,4%	19,0%	16,2%	65,6%
Total		Contagem	102	87	64	253
		% em pre-para_parto	40,3%	34,4%	25,3%	100,0%
		% do Total	40,3%	34,4%	25,3%	100,0%

Tabelas 3. “Cuidados com as mamas” com a variável “Preparação para o Parto”

			Cuidados com as mamas				Total
			Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação	
Preparação para o parto	Sim	Contagem	5	18	36	28	87
		% Preparação para o Parto	5,7%	20,70%	41,4%	32,2%	100%
		% do Total	2,0%	7,1%	14,2%	11,1%	34,4%
	Não	Contagem	23	50	57	36	166
		% Preparação para o Parto	13,9%	30,1%	34,3%	21,7%	100%
		% do Total	9,1%	19,8%	22,5%	14,2%	65,6%

Apêndice G – Tabelas de Contingência das Preocupações Maternas em Relação ao seu Bebê com a Variável Preparação para o Parto

Tabela 1. “Sensação de conforto ao lidar com o seu bebé” com a variável “Preparação para o parto”

			Sensação de conforto ao lidar com o seu bebé				Total
			Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação	
Preparação para o Parto	Sim	Contagem	6	21	26	34	87
		% Preparação para o parto	6,9%	24,1%	29,9%	39,1%	100,0%
		% do Total	2,4%	8,3%	10,3%	13,4%	34,4%
	Não	Contagem	36	28	50	52	166
		% Preparação para o parto	21,7%	16,9%	30,1%	31,3%	100,0%
		% do total					65,6%

Apêndice H- Tabelas de contingência das preocupações em relação ao bebé com a variável Paridade

Tabela 1. “Ser uma boa mãe” com a varável “Paridade”

			Ser uma boa mãe				Total
			Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação	
N.º de filhos (agregado)	primeiro filho	Contagem	13	11	32	72	128
		% em N.º de filhos (agregado)	10,2%	8,6%	25,0%	56,3%	100,0%
		% do Total	5,1%	4,3%	12,6%	28,5%	50,6%
	dois ou mais filhos	Contagem	26	15	38	46	125
		% em N.º de filhos (agregado)	20,8%	12,0%	30,4%	36,8%	100,0%
		% do Total	10,3%	5,9%	15,0%	18,2%	49,4%
Total		Contagem	39	26	70	118	253
		% em N.º de filhos (agregado)	15,4%	10,3%	27,7%	46,6%	100,0%
		% do Total	15,4%	10,3%	27,7%	46,6%	100,0%

Tabela 2. “Alimentação do seu bebé” com a variável “Paridade”

			Alimentação do bebé				Total
			Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação	
N.º de filhos (agregado)	primeiro filho	Contagem	7	9	38	74	128
		% em N.º de filhos (agregado)	5,5%	7,0%	29,7%	57,8%	100,0%
		% do Total	2,8%	3,6%	15,0%	29,2%	50,6%
	dois ou mais filhos	Contagem	15	19	39	52	125
		% em N.º de filhos (agregado)	12,0%	15,2%	31,2%	41,6%	100,0%
		% do Total	5,9%	7,5%	15,4%	20,6%	49,4%
Total		Contagem	22	28	77	126	253
		% em N.º de filhos (agregado)	8,7%	11,1%	30,4%	49,8%	100,0%
		% do Total	8,7%	11,1%	30,4%	49,8%	100,0%

Tabela 3. “Sensação de conforto ao lidar com o seu bebé” com a variável “Paridade”

			Sensação de conforto ao lidar com o seu bebé				Total
			Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita Preocupação	
N.º de filhos (agregado)	Primeiro filho	Contagem	15	24	35	54	128
		% em N.º de filhos (agregado)	11,7%	18,8%	27,3%	42,2%	100,0%
		% do Total	5,9%	9,5%	13,8%	21,3%	50,6%
	dois ou mais filhos	Contagem	27	25	41	32	125
		% em N.º de filhos (agregado)	21,6%	20,0%	32,8%	25,6%	100,0%
		% do Total	10,7%	9,9%	16,2%	12,6%	49,4%
Total	Contagem		42	49	76	86	253
	% em N.º de filhos (agregado)		16,6%	19,4%	30,0%	34,0%	100,0%
	% do Total		16,6%	19,4%	30,0%	34,0%	100,0%

Tabela 4. “Interpretação do comportamento do seu bebé” com a variável “Paridade”

			Interpretação do comportamento do seu bebé				Total
			Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação	
N.º de filhos (agregado)	Primeiro filho	Contagem	8	17	42	61	128
		% em N.º de filhos (agregado)	6,3%	13,3%	32,8%	47,7%	100,0%
		% do Total	3,2%	6,7%	16,6%	24,1%	50,6%
	dois ou mais filhos	Contagem	14	29	46	36	125
		% em N.º de filhos (agregado)	11,2%	23,2%	36,8%	28,8%	100,0%
		% do Total	5,5%	11,5%	18,2%	14,2%	49,4%
Total	Contagem		22	46	88	97	253
	% em N.º de filhos (agregado)		8,7%	18,2%	34,8%	38,3%	100,0%
	% do Total		8,7%	18,2%	34,8%	38,3%	100,0%

Tabela 5. “Reconhecer sinais de doença” com a variável “Paridade”

			Reconhecer sinais de doença				Total
			Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação	
N.º de filhos (agregado)	Primeiro filho	Contagem	4	16	40	68	128
		% em N.º de filhos (agregado)	3,1%	12,5%	31,3%	53,1%	100,0%
		% do Total	1,6%	6,3%	15,8%	26,9%	50,6%
	dois ou mais filhos	Contagem	15	30	33	47	125
		% em N.º de filhos (agregado)	12,0%	24,0%	26,4%	37,6%	100,0%
		% do Total	5,9%	11,9%	13,0%	18,6%	49,4%
Total		Contagem	19	46	73	115	253
		% em N.º de filhos (agregado)	7,5%	18,2%	28,9%	45,5%	100,0%
		% do Total	7,5%	18,2%	28,9%	45,5%	100,0%

Tabela 6. “Viajar com o seu bebé” com a variável “Paridade”

			Viajar com o bebe				Total
			Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação	
N.º de filhos (agregado)	Primeiro filho	Contagem	13	50	52	13	128
		% em N.º de filhos (agregado)	10,2%	39,1%	40,6%	10,2%	100,0%
		% do Total	5,1%	19,8%	20,6%	5,1%	50,6%
	dois ou mais filhos	Contagem	24	51	32	18	125
		% em N.º de filhos (agregado)	19,2%	40,8%	25,6%	14,4%	100,0%
		% do Total	9,5%	20,2%	12,6%	7,1%	49,4%
Total		Contagem	37	101	84	31	253
		% em N.º de filhos (agregado)	14,6%	39,9%	33,2%	12,3%	100,0%
		% do Total	14,6%	39,9%	33,2%	12,3%	100,0%

Tabela 7 “Segurança (prevenção de acidentes) ” com a variável “Paridade”

			Segurança				Total
			Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação	
N.º de filhos (agregado)	primeiro filho	Contagem	11	15	51	51	128
		% em N.º de filhos (agregado)	8,6%	11,7%	39,8%	39,8%	100,0%
		% do Total	4,3%	5,9%	20,2%	20,2%	50,6%
	dois ou mais filhos	Contagem	14	30	32	49	125
		% em N.º de filhos (agregado)	11,2%	24,0%	25,6%	39,2%	100,0%
		% do Total	5,5%	11,9%	12,6%	19,4%	49,4%
	Total	Contagem	25	45	83	100	253
		% em N.º de filhos (agregado)	9,9%	17,8%	32,8%	39,5%	100,0%
		% do Total	9,9%	17,8%	32,8%	39,5%	100,0%

Tabela 8. “Como vestir o seu bebé” com a varável “Paridade”

			Como vestir o seu bebé				
			Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita Preocupação	
N.º de filhos (agregado)	Primeiro filho	Contagem	22	29	58	19	128
		% em N.º de filhos (agregado)	17,2%	22,7%	45,3%	14,8%	100,0%
		% do Total	8,7%	11,5%	22,9%	7,5%	50,6%
	Dois ou mais filhos	Contagem	26	42	34	23	125
		% em N.º de filhos (agregado)	20,8%	33,6%	27,2%	18,4%	100,0%
		% do Total	10,3%	16,6%	13,4%	9,1%	49,4%
	Total	Contagem	48	71	92	42	253
		% em N.º de filhos (agregado)	19,0%	28,1%	36,4%	16,6%	100,0%
		% do Total	19,0%	28,1%	36,4%	16,6%	100,0%

Apêndice I- Planeamento da Sessão de Formação de Apresentação do Projeto

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA: Regresso a casa: Promoção do bem-estar da puérpera na experiência da maternidade

DATA: 18 de Maio de 2017

TEMPO TOTAL PREVISTO: 40 minutos

FORMADORA: Helena Isabel Chorão Bilo

POPULAÇÃO: Equipe de Enfermagem do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE – E.P.E.


OBJECTIVO GERAL:

- Envolver a equipa de EESMO do serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HESE no projeto

OBJECTIVOS ESPECIFICOS:


- Dar a conhecer à equipa o conteúdo do projeto e a sua intervenção;
- Divulgação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação;
- Apresentação do esquema do calendário das sessões de recuperação pós-parto
- Recolher opiniões e sugestões acerca do mesmo

Apêndice J- Apresentação do projeto à equipa do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HESE-E.P.E.



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA
2º ANO – 2º SEMESTRE



PROJECTO- Tema

Regresso a casa: Promoção do bem-estar da puérpera na experiência da maternidade

Docente
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Discente
Helena Bilo n.º32682
helenabilo@hotmail.com

Fundamentação teórica

- Puerpério é o período de recuperação física e psicológica da mãe, que se inicia logo após o nascimento do (s) bebé (s) e se prolonga por 6 semanas (42 dias) após o parto.



Alterações

mulher círculo familiar círculo de amigos

(Ordem dos Enfermeiros, 2014)

Fundamentação teórica



Pertinência da Intervenção:

A maternidade hoje em dia é vivida cada vez mais tarde e a maioria dos atuais pais crescem em pequenas famílias, sem contacto com bebés e sem adquirirem conhecimentos sobre bebés. (Brazelton, 1998)

Atualmente o internamento na maternidade após o parto é insuficiente para a puérpera conseguir consolidar e adquirir todas as competências necessárias para cuidar de si e do seu filho, após a alta clínica.

Após a alta da puérpera e recém-nascido da maternidade, o acompanhamento da puérpera por um profissional de saúde, não acontece de uma forma organizada, nem regular. (Mendes, 2014)

Objetivo:

- Promover o bem-estar da puérpera na experiência da maternidade

Diagnóstico de Situação

- A identificação de preocupações das puérperas do Hospital do Espírito Santo de Évora- EPE (HESE-E.P.E.) à data de alta, para posteriormente responder a estas, com a criação de um **curso de recuperação pós-parto** que ainda não existe no mesmo hospital, considerando que é de extrema importância para uma vivência do puerpério da mulher.

Estrutura do estudo:

- Instrumentos para recolha de dados:
 - Questionário com caracterização sociodemográfica e obstétrica;
 - Questionário Preocupações Maternas de Sheil et al. (1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa 2010.
- Análise de dados : *IBM SPSS Statistics*, v.22 e trabalhados no *Microsoft Excel*.

Instrumento de Recolha de dados:

- Questionário com caracterização sociodemográfica e obstétrica:
- composto por 15 questões, que incluem questões de resposta fechada e de resposta aberta permitindo ao sujeito responder de forma escrita.
- Duas categorias,
 - 1ª- Nove questões dizem respeito aos dados sociodemográficos do sujeito (ano de nascimento, estado civil, religião, nacionalidade, distrito de residência, habilitações literárias, profissão, composição do agregado familiar e remuneração média mensal do agregado familiar)
 - 2ª - Cinco questões correspondentes aos dados obstétricos das puérperas respondentes (tipo de parto, quantos filhos tem, teve contatos anteriores com recém-nascidos, onde foi vigiada a gravidez, frequentou algum grupo/aula de preparação para o parto).

Instrumento de Recolha de dados:

- Questionário Preocupações Maternas de Sheil et al. (1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa 2010:
- Cinco dimensões avaliadas pela inquirida através de uma escala com quatro pontos correspondentes a quatro níveis: Sem Preocupação, Pouca Preocupação, Moderada Preocupação e Muita Preocupação. Atribui-se uma pontuação de 1 a 4, em que este último valor corresponde a níveis mais elevados de preocupação.

Instrumento de Recolha de dados:

- 1ª dimensão → Preocupações em relação a Si, com 17 itens de resposta;
- 2ª dimensão → Preocupações relativas ao Bebê, com 12 itens de resposta;
- 3ª dimensão → Preocupações referentes ao Companheiro, com 6 itens de resposta;
- 4ª dimensão → Preocupações em relação à Família, com 4 itens de resposta;
- 5ª dimensão → Preocupações referentes à Comunidade, com 9 itens de resposta.
- No final do questionário apresenta-se uma questão de resposta aberta onde a inquirida pode colocar as suas preocupações que não se encontrem descritas nas anteriores dimensões do questionário.





Resultados (253 questionários)

De acordo com a resposta mais observada em cada item

Preocupações em relação à Comunidade (9 itens)



1-Sem preocupação; 2-Pouca preocupação; 3- Moderada preocupação; 4-Muita preocupação

Recuperação Pós-parto

Os objetivos da Recuperação pós-parto:

- Partilha de experiências entre os membros que participam no grupo, favorecendo assim a educação pelos pares;
- Promover a saúde das puérperas, considerando as suas alterações físicas, emocionais e psicológicas;
- Promover o desenvolvimento de competências para cuidar do recém-nascido;
- Promover a prática de exercícios físicos adequados que ajudem a tonificar a musculatura abdominal e perineal, de forma a proporcionar uma recuperação da forma física e da postura correta da mulher.

(Ordem dos Enfermeiros, 2014)

Sessões de Recuperação Pós-Parto

Aulas teóricas

- Puerpério-Fisiologia, autocuidado, vigilância clínica, sexualidade e contraceção
- Sono e choro do bebé
- Competências e desenvolvimento do bebé / Educação parental/ Despiste da depressão Pós-parto- aplicação da Escala de Edinburgh
- Vigilância de saúde infantil e segurança infantil
- Aleitamento materno e artificial Diversificação alimentar e Regresso ao trabalho-legislação em vigor
- saúde oral no lactente


Aulas práticas

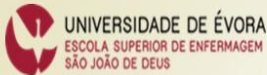
Exercícios de...

- ✓ aquecimento;
- ✓ fortalecimento;
- ✓ flexibilidade;
- ✓ alongamento;
- ✓ reeducação perineal;
- ✓ estabilidade;
- ✓ fortalecimento abdominal;
- ✓ relaxamento

Referências Bibliográficas


- Brazelton, T. (1998). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes médicas;
- Mendes, A. (2014). *Intervenção do Enfermeiro na Prevenção das Perturbações no Primeiro Mês Pós-parto*, Universidade de Lisboa. Escola superior de Enfermagem de Lisboa;
- Mesa do colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015. (2014). *Recomendações para os cursos de recuperação pós parto*, **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. Nº1,;



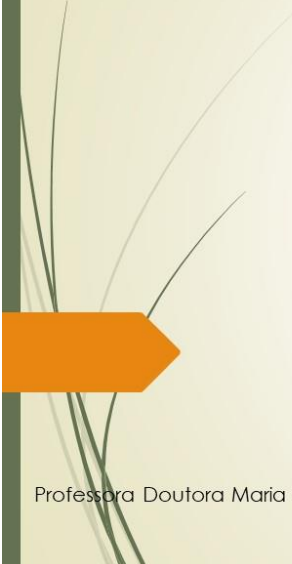


UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA
2º ANO – 2º SEMESTRE



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
S. JOÃO DE DEUS
ÉVORA



PROJECTO- Tema

Regresso a casa: Promoção do bem-estar da puérpera na experiência da maternidade

Docente
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Discente
Helena Bilo n.º32682
helena_bilo@hotmail.com

Apêndice K- Declaração de Formação em Serviço



DECLARAÇÃO

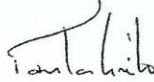
Para os devidos efeitos, declara-se que a Enfermeira Helena Isabel Chorão Bilo foi preletora na ação de formação em Serviço, realizada no âmbito do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, subordinada ao seguinte tema: -----

- "Apresentação do projeto de mestrado - *Regresso a casa: promoção do bem-estar da puérpera na experiência da maternidade*", em 18/05/2017, com a duração de 30 minutos.

Por ser verdade, emite-se a presente declaração, que damos por firme e valiosa. -----

Hospital Espírito Santo de Évora, EPE, em 28 de setembro de 2017. -----

A Responsável do Gabinete de Formação


Paula Grilo

Apêndice L- Planeamento das Sessões do CRPP no HESE-E.P.E.

Sessão 1

Procedimentos Iniciais	✓ Preparação da sessão e confirmação da organização do espaço físico
	✓ Acolhimento e apresentação com “Dinâmica Quebra-gelo”
	✓ Preenchimento da “Ficha de Avaliação”
Componente Teórica	✓ Puerpério, <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado, • Vigilância clínica; • Sexualidade, • Contraceção.
Componente Prática (Baixa intensidade)	✓ Exercícios de aquecimento, alongamento e flexibilidade; ✓ Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico: exercícios de Kegel; ✓ Exercícios de fortalecimento abdominal; ✓ Técnicas de respiração; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos peitorais; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos das costas; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos dos membros inferiores e glúteos; ✓ Técnicas de relaxamento.
Procedimentos Finais	✓ Preenchimento de declarações de presença solicitadas
	✓ Esclarecimento de dúvidas a nível particular se solicitado
	✓ Arrumação/ agilizar para limpeza e arrumação dos recursos utilizados e espaço físico

Recursos

Audiovisuais	Multimédia	Técnicos	Apoio	Outros
✓ Projetor ✓ Computador ✓ Colunas	✓ Apresentação em formato PowerPoint ✓ CD áudio	✓ Colchões		Duração cerca de duas horas

Sessão 2

Procedimentos Iniciais	✓ Preparação da sessão e confirmação da organização do espaço físico
	✓ Esclarecimento de dúvidas/ revisão sumária da sessão anterior
Componente Teórica	✓ Sono e choro do bebé.
Componente Prática (Baixa intensidade)	✓ Exercícios de aquecimento, alongamento e flexibilidade;
	✓ Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico: exercícios de Kegel;
	✓ Exercícios de fortalecimento abdominal;
	✓ Técnicas de respiração;
	✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos peitorais;
	✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos das costas;
	✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos dos membros inferiores e glúteos;
	✓ Técnicas de relaxamento.
Procedimentos Finais	✓ Preenchimento de declarações de presença solicitadas
	✓ Esclarecimento de dúvidas a nível particular se solicitado
	✓ Arrumação/ agilizar para limpeza e arrumação dos recursos utilizados e espaço físico

Recursos

Audiovisuais	Multimédia	Técnicos	Apoio	Outros
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projetor ✓ Computador ✓ Colunas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação em formato PowerPoint ✓ CD áudio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colchões 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modelos: recém-nascido 	Duração cerca de duas horas

Sessão 3

Procedimentos Iniciais	✓ Preparação da sessão e confirmação da organização do espaço físico/
	✓ Esclarecimento de dúvidas/ revisão sumária da sessão anterior
Componente Teórica	✓ Competências e desenvolvimento do bebé,
	✓ Educação parental.
	✓ Aplicação da escala de Edimburgo – Despiste da depressão pós-parto

Componente Prática (Média intensidade)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exercícios de aquecimento, alongamento e flexibilidade; ✓ Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico: exercícios de Kegel; ✓ Exercícios de fortalecimento abdominal; ✓ Técnicas de respiração; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos peitorais; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos das costas; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos dos membros inferiores e glúteos; <p>Técnicas de relaxamento.</p>
Procedimentos Finais	✓ Esclarecimento de dúvidas a nível particular se solicitado
	✓ Arrumação/ agilizar para limpeza e arrumação dos recursos utilizados e espaço físico

Recursos				
Audiovisuais	Multimédia	Técnicos	Apoio	Outros
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projetor ✓ Computador ✓ Colunas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação em formato PowerPoint 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colchões 	Modelos: recém-nascido	Duração cerca de duas horas

Sessão 4

Procedimentos Iniciais	✓ Preparação da sessão e confirmação da organização do espaço físico
	✓ Esclarecimento de dúvidas/ revisão sumária da sessão anterior
Componente Teórica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilância de Saúde Infantil, ✓ Segurança Infantil.
Componente Prática (Média intensidade)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exercícios de aquecimento, alongamento e flexibilidade; ✓ Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico: exercícios de Kegel; ✓ Exercícios de fortalecimento abdominal; ✓ Técnicas de respiração; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos peitorais; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos das costas; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos dos membros inferiores e glúteos; <p>Técnicas de relaxamento.</p>
Procedimentos Finais	✓ Preenchimento de declarações de presença solicitadas

	✓ Esclarecimento de dúvidas a nível particular se solicitado
	✓ Arrumação/ agilizar para limpeza e arrumação dos recursos utilizados e espaço físico

Recursos				
Adiuovisuais	Multimédia	Técnicos	Apoio	Outros
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projetor ✓ Computador ✓ Colunas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação em formato PowerPoint ✓ CD áudio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colchões ✓ Bolas fitness 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modelos: recém-nascido 	Duração cerca de duas horas

Sessão 5

Procedimentos Iniciais	✓ Preparação da sessão e confirmação da organização do espaço físico
	✓ Esclarecimento de dúvidas/ revisão sumária da sessão anterior
Componente Teórica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aleitamento Materno e Artificial ✓ Diversificação Alimentar no lactente ✓ Regresso ao trabalho - Legislação em Vigor
Componente Prática (Alta intensidade)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exercícios de aquecimento, alongamento e flexibilidade; ✓ Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico: exercícios de Kegel; ✓ Exercícios de fortalecimento abdominal; ✓ Técnicas de respiração; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos peitorais; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos das costas; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos dos membros inferiores e glúteos; ✓ Técnicas de relaxamento.
Procedimentos Finais	✓ Preenchimento de declarações de presença solicitadas
	✓ Esclarecimento de dúvidas a nível particular se solicitado
	✓ Arrumação/ agilizar para limpeza e arrumação dos recursos utilizados e espaço físico

Recursos				
Audiovisuais	Multimédia	Técnicos	Apoio	Outros
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projetor Computador ✓ Colunas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação em formato PowerPoint ✓ CD áudio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colchões ✓ Bolas fitness 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Material de apoio “Aleitamento Materno” 	Duração cerca de duas horas

Sessão 6

Procedimentos Iniciais	✓ Preparação da sessão e confirmação da organização do espaço físico
	✓ Esclarecimento de dúvidas/ revisão sumária da sessão anterior
Componente Teórica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Saúde oral no lactente, ✓ Revisão de conteúdos.
Componente Prática (Alta intensidade)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exercícios de aquecimento, alongamento e flexibilidade; ✓ Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico: exercícios de Kegel; ✓ Exercícios de fortalecimento abdominal; ✓ Técnicas de respiração; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos peitorais; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos das costas; ✓ Exercícios de fortalecimento dos músculos dos membros inferiores e glúteos; ✓ Técnicas de relaxamento.
Procedimentos Finais	✓ Entrega de diploma.
	✓ Preenchimento do Questionário de Avaliação da Satisfação.
	✓ Preenchimento de declarações de presença solicitadas
	✓ Esclarecimento de dúvidas a nível particular se solicitado
	✓ Arrumação/ agilizar para limpeza e arrumação dos recursos utilizados e espaço físico

Recursos				
Audiovisuais	Multimédia	Técnicos	Apoio	Outros
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projetor ✓ Computador ✓ Colunas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação em formato PowerPoint ✓ CD áudio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colchões ✓ Bolas fitness 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modelos: recém-nascido 	Duração cerca de duas horas

Apêndice M- Ficha de Inscrição no CRPP

Data da inscrição: _____	Tipo de Parto: _____
Data do Parto: _____	
Nome: _____	
Idade: _____	
Profissão: _____	Morada: _____
Contacto: _____	Email: _____
Realizou preparação para o parto? _____	



Edifício do Espírito Santo
Sala de Grupos Terapêuticos
(junto ao bar)
Gabinete 5 - Zona Verde

Contactos
geral@hevora.min-saude.pt

Enfermeira Aluna da Especialidade em
Saúde Materna e Obstetria

Helena Bilo



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Curso de Recuperação Pós-Parto



Inscrições

Hospital do
Espírito Santo E.P.E.

Puerpério

O Puerpério é considerado como o período de recuperação física e psicológica da mãe, que se inicia logo após o nascimento do (s) bebé (s) e se prolonga por 6 semanas (42 dias) após o parto.

O Curso de Recuperação Pós-Parto faz um acompanhamento da puérpera, respondendo às suas preocupações particulares, prevenindo e identificando as complicações que podem surgir neste período.



Objetivos da Recuperação Pós-Parto

Partilhar experiências no grupo, favorecendo a educação pelos pares.

Promover a saúde das puérperas, considerando as suas alterações físicas, emocionais e psicológicas, promovendo o desenvolvimento de competências para cuidar do seu bebé.

Promover a prática de exercícios físicos adequados que ajudam a tonificar a musculatura abdominal e perineal, proporcionando uma recuperação da forma física e da postura correta da mulher.

Vantagens

Da Recuperação Pós-Parto

Promove calma, confiança, tranquilidade e suporte à puérpera e seus familiares

Facilita a transição da mãe e seus familiares para uma nova família

Responde às questões parentais

Explica as principais modificações físicas/emocionais da tríade, promovendo o seu bem-estar

Previne complicações na saúde materno-infantil

Promove maiores taxas de amamentação e maior satisfação com a experiência de nascimento

Favorece a recuperação física

Diminui os níveis de stress,

Diminui a ansiedade

Aumenta a sensação de bem estar



Destinatários

Puérperas com:

Parto normal /natural, Fórceps e Ventosa (3 a 4 semanas após o parto)

Cesariana (4 a 6 semanas após o parto)

Horário

2ªfeira | 10h30 às 12h00

Se não tiver com quem deixar o seu bebé, traga-o consigo :)

Aulas teóricas

Puerpério-Fisiologia, autocuidado, vigilância clínica, sexualidade e contraceção

Sono e choro do bebé

Competências e desenvolvimento do bebé

Educação parental

Vigilância de saúde infantil e segurança infantil

Aleitamento materno e artificial

Regresso ao trabalho-legislação em vigor

Diversificação alimentar e saúde oral

Aulas práticas

Exercícios de...

aquecimento,

fortalecimento,

alongamento,

reeducação perineal

estabilidade

fortalecimento abdominal

relaxamento



Apêndice N: Certificado de Participação no Curso de Preparação para o Nascimento: Pós-Parto

CERTIFICADO

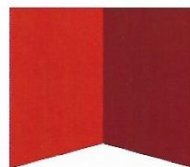
Certifica-se que

Helena Isabel Chorão Bilo

natural de Évora, nascido(a) em 22-04-1986,
titular do n.º de identificação 13021672, válido até 05-10-2020,
frequentou o curso de Formação Profissional:

**PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO:
PÓS PARTO (ABR 2017) - PORTO**

em 07/04/2017, 08/04/2017 e 09/04/2017 com a duração de 24 horas.
Certificado n.º 1089/2017 de acordo com o modelo publicado
na Portaria n.º 474/ 2010 de 8 de julho.



bwizer.
your evolution



ESTRUTURA CURRICULAR

Unidades de Formação/ Módulos/ Outras Designações	Horas
A educação parental e o processo de aprendizagem do adulto	1
Puerperium: caracterização e cuidados de saúde com a Mãe e Bebê	1
O Processo de amamentação: desafios e estratégias de resolução	2
Cuidados de Saúde com o recém nascido /práticas	2
O desenvolvimento do bebê: características e competências	2
Dinâmica familiar no pós parto: estratégias de suporte	2
Alterações emocionais no pós parto	2
Processos de Avaliação no pós parto	3
Reeducação perineal / exercícios do pavimento pélvico	2
Programas de exercício físico no pós parto- fase iniciado / prática	3,5
Programas de exercício físico no pós parto- fase avançada / prática	3,5




O responsável pela unidade formadora,

Hugo Belchior **bwizer.**
your evolution

Hugo Belchior
(assinatura e selo branco ou carimbo)

www.bwizer.com

Apêndice O - Ficha de avaliação do CRPP do HESE-E.P.E.



Ficha de Avaliação

Data de início __/__/__ Data de termo __/__/__

Nome: _____

Idade: ____ Profissão: _____ telef. _____ Email: _____

Trabalho de Parto

Problemas Actuais de Saúde /mãe

Antecedentes Clínicos

Problemas Saúde / Bebê

Aleitamento

Natural: ____ Misto: ____ Artificial: ____


Contração Períneo	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Teste Stop Início	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
4seg.	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

Urgência Urinária

Percas /Posição _____

Exame Objectivo

Data __/__/__ (Av.)	__/__/__ (2ªAv.)	__/__/__ (3ªAV.)
Supra U. _____	_____	_____
Infra U. _____	_____	_____
Motivação Pessoal : _____		
Adjectivo do bebé: _____		



Adaptado da Ficha de Avaliação Fornecida CPNPP

Apêndice P- Escala de Edinburgh

ESCALA DE EDINBURGH DE DEPRESIÓN POS-NATAL

Como você recentemente teve um bebê, gostaria de saber como você está se sentindo nos últimos dias. Por favor, marque com um X a resposta mais próxima ao que você tem sentido.	
1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas: <input type="checkbox"/> 0-Como eu sempre fiz <input type="checkbox"/> 1- Não tanto quanto antes <input type="checkbox"/> 2- Sem dúvida, menos que antes <input type="checkbox"/> 3- De jeito nenhum	6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia * <input type="checkbox"/> 3- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles <input type="checkbox"/> 2- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes <input type="checkbox"/> 1- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles <input type="checkbox"/> 0- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes
2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia <input type="checkbox"/> 0- Como sempre senti <input type="checkbox"/> 1- Talvez, menos que antes <input type="checkbox"/> 2- Com certeza menos <input type="checkbox"/> 3- De jeito nenhum	7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir * <input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes <input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes <input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez
3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas * <input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes <input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes <input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez	8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada * <input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes <input type="checkbox"/> 2- Sim, muitas vezes <input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes <input type="checkbox"/> 0- Não, de jeito nenhum
4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão <input type="checkbox"/> 0- Não, de maneira alguma <input type="checkbox"/> 1- Pouquíssimas vezes <input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes	9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado * <input type="checkbox"/> 3- Sim, quase todo o tempo <input type="checkbox"/> 2- Sim, muitas vezes <input type="checkbox"/> 1- De vez em quando <input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo * <input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes <input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes <input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez	10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça * <input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes, ultimamente <input type="checkbox"/> 2- Algumas vezes nos últimos dias <input type="checkbox"/> 1- Pouquíssimas vezes, ultimamente <input type="checkbox"/> 0- Nenhuma vez

Apêndice Q- Questionário de Avaliação do CRPP



Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
Curso de Recuperação Pós-Parto



A satisfação das nossas puérperas é essencial para a qualidade e eficácia dos cuidados prestados durante o Curso de Recuperação Pós-parto (RPP). Dê-nos a sua opinião para que possamos melhorar.

PODE MANTER O ANONIMATO

1. Realizou Preparação para o parto? _____

- 1.1. Se sim, refira onde: Centro Hospitalar ☐
Centro de Saúde ☐
Privado ☐

2. Dados do parto:

2.1. Data do parto: __/__/__

2.2. Tipo de Parto: _____

2.3. Fez episiotomia? Sim ☐ Não ☐

2.4. Fez laceração? Sim ☐ Não ☐

2.5. Fez epidural? Sim ☐ Não ☐

2.6. Fez medicação analgésica? Sim ☐ Não ☐

3. Dados do Puerpério:

3.1. Intercorrências no puerpério: _____

3.2. Recorreu à urgência durante o puerpério? Sim ☐ Não ☐

3.2.1. Se sim, porquê? _____

3.3. O seu bebé é amamentado exclusivamente? Sim ☐ Não ☐

3.4. O seu bebé é alimentado com leite de fórmula? Sim ☐ Não ☐

3.5. Durante o Puerpério as suas preocupações centraram-se em: (numere de 1 a 5, em que o 1 é onde teve mais preocupações e o 5 onde teve menos preocupações)

Ao bebé	<input type="text"/>
A si própria	<input type="text"/>
Ao companheiro	<input type="text"/>
À família	<input type="text"/>
À comunidade	<input type="text"/>

A informação fornecida foi pertinente? Sim ☐ Não ☐

3.6. Diminuiu a sua preocupação? em relação: (numere de 1 a 5, em que o 1 é onde diminuiu mais a preocupação e o 5 onde diminuiu menos a preocupação)

Ao bebé	<input type="text"/>
A si própria	<input type="text"/>
Ao companheiro	<input type="text"/>
À família	<input type="text"/>
À comunidade	<input type="text"/>

4. Dados do Curso de RPP:

4.1. Em quantas sessões esteve presente? _____

4.2. O seu bebé acompanhou-a nas sessões? Sim ☐ Não ☐

4.2.1. Se sim, quantas sessões? _____

4.4. O acompanhante frequentou alguma sessão do curso? Sim ☐ Não ☐

4.4.1. Se sim, quantas sessões? _____

4.5. Quais os motivos pelos quais não pode estar presente em algumas das sessões?

5. Em relação ao Curso de Recuperação Pós-Parto:

5.1. Que temas gostaria de ter visto abordados neste curso?

5.2. Que sugestão propõe para melhorar a qualidade deste curso?

5.3. Sentiu melhoria na sua forma física? Sim ☐ Não ☐

Onde sentiu mais melhorias?

5.4. Realizou os exercícios propostos em casa? Sim ☐ Não ☐

Apêndice R- Apresentação das Sessões do CRPP do HESE-E.P.E.

Sessão 1

Hospital
Espírito Santo E.P.E.

Serviço de Ginecologia e Obstetria
Curso de Recuperação Pós-Parto



1ª Sessão

Recuperação Pós-Parto



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetria

Hospital
Espírito Santo E.P.E.

Serviço de Ginecologia e Obstetria
Curso de Recuperação Pós-Parto



Puerpério



Puerpério é o período de recuperação física e psicológica da mãe, que começa imediatamente a seguir ao nascimento do(s) recém-nascido(s) e se prolonga por 6 semanas pós-parto (42 dias).

(ordem dos Enfermeiros 2014)

Consulta de revisão do
puerpério entre a 4ª e a 6 semana pós parto.

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetria



Recuperação Pós-Parto

Objetivos

Apoiar o processo de transição e adaptação para a parentalidade

Potenciar a saúde da Puérpera, considerando as suas alterações físicas, emocionais e psicológicas, promovendo o desenvolvimento de competências para cuidar do seu bebé

Partilhar experiências no grupo, favorecendo a educação pelos pares

Promover a prática de exercícios físicos adequados, que ajudam a tonificar a musculatura abdominal e perineal, proporcionando uma recuperação da forma física e da postura correta da mulher.



Auto-cuidado

O período pós-parto (puerpério) caracteriza-se pelo retorno ao estado não grávidico e suas alterações fisiológicas e físicas.





Mamas (Amamentação)

A produção de leite inicia-se por volta do 3º dia de puerpério, após a secreção do colostro inicial. A estimulação realizada pelo recém-nascido ao mamar, vai aumentar a quantidade de leite produzido.

Cuidados a ter:

- Realizar a higiene das mamas quando efetua a higiene corporal diária
- Manter a mama seca
- Utilize um soutien adequado à amamentação
- Manter os mamilos sempre secos
- Colocar colostro/leite no final das mamadas e deixar secar (hidrata e protege o mamilo)



Involução uterina

- As contrações uterinas continuam depois da expulsão da placenta, para que o útero se mantenha contraído, de forma a voltar ao seu tamanho normal. Por volta da **6ª semana** o útero adquire o seu tamanho anterior à gravidez
- Durante a amamentação é natural que sintas dor abdominal/contrações uterinas, pois ao amamentar, o reflexo de sucção do RN promove a estimulação da ocitocina, hormona que irá desencadear as contrações uterinas.



Fluxo de sangue via vaginal (Lóquios)

Cicatrização da ferida do útero, causada pelo descolamento da placenta, há saída de sangue e muco chamados **lóquios**.

Secreção uterina que pode durar de 4 a 6 semanas após o parto, alterando as características ao longo do tempo:

- 3º ao 4º dia-lóquios hemáticos (Vermelho)
- 5º ao 10º dia- lóquios sero-hemáticos (Rosados)
- Após o 10º dia- lóquios serosos (rosa claro, amarelados)
(Graça, M.,2000)



Função Urinária

É normal que sinta algum desconforto e receio em urinar no pós- parto mas deve sempre urinar, pois a distensão da bexiga dificulta as contrações uterinas, aumentando o risco de Hemorragia.

Pode surgir incontinência urinária, nos primeiros 3 meses que será transitória, devido força muscular da bexiga diminuída.



Exercícios de Kegel

Contrair e descontrair os músculos do períneo, para estimular a tonicidade muscular.



Função Intestinal

O funcionamento intestinal normaliza ao fim de uma a duas semanas. É frequente ocorrer obstipação, devido ao medo da dor perineal e hemorróidas.

Cuidados a ter

- Aumentar a ingestão de líquidos e alimentos ricos em fibras;
- Fazer caminhadas/exercício.



Hemorróidas

Cuidados a ter:

- Aplicar gelo, devidamente protegido durante alguns minutos e várias vezes ao dia
- Alternar a aplicação de água fria e água morna localmente
- Quando estiver sentada, utilize uma bóia, por exemplo
- Eliminação intestinal regular



Sinais de Alarme

Deve recorrer a uma instituição de saúde se tiver:

- febre (se temperatura axilar $> 38^{\circ}$ em duas medições consecutivas em intervalos de 6h);
- aumento da hemorragia vaginal;
- corrimento vaginal com cheiro fétido;
- sensação de dor ou ardor ou mesmo incapacidade em urinar;
- mama dolorosa, com região avermelhada e calor;
- ferida perineal, ferida cirúrgica abdominal com sinais inflamatórios;
- se sentir muito deprimida e por um período longo.



Dicas

- Repouso e sono (deve repousar enquanto o recém-nascido dorme)
- Higiene geral, mamas, perineal (realizar banho diário; manter o penso higiénico o mais limpo possível; realizar a higiene perineal sempre que urinar ou evacuar; usar roupas largas e de fibras naturais)
- Hábitos alimentares (realizar uma alimentação equilibrada; enquanto estiver a amamentar; beber pelo menos 1,5 L de água diariamente)
- Exercícios pós-parto de reeducação perineal.



Sexualidade e contraceção



Os casais devem reiniciar a sua atividade sexual quando se sentirem preparados.



Sexualidade e contraceção

Adoção de medidas preventivas:

- A primeira menstruação pode surgir entre a 6 e a 8 semana pós parto nas mulheres que não amamentam; nas que amamentam é imprevisível pelo que devem utilizar contraceção adequada
- Na mulher que não amamenta, o retorno à fertilidade ocorre cerca de 4 semanas após o parto

De acordo com a OMS, um espaçamento de pelo menos dois anos entre duas gestações, pode evitar 10 por cento das mortes de bebés, e cerca de um em cada cinco casos de mortes de crianças entre um e quatro anos de idade.





Escolha do método

Ter em conta diversos factores:

- o processo fisiológico do puerpério;
- o retorno da fertilidade;
- se a mulher está ou não a amamentar exclusivamente;
- as expectativas do casal quanto ao recomeço das relações sexuais.



A utilização dos contraceptivos hormonais combinados pode diminuir a quantidade e a qualidade do leite podendo, por isso, ter efeitos adversos no crescimento da criança com amamentação exclusiva.

A utilização de contraceptivos hormonais só com progestativo, após as primeiras semanas pós-parto, são compatíveis com a amamentação.



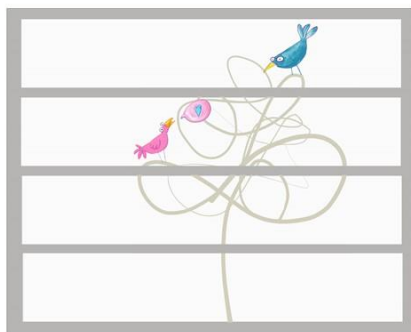
Métodos Contraceptivos

Naturais	Barreira	Hormonais	Cirúrgicos	Outros
Temperatura	Preservativo masculino	Pilula progestiva	Laqueação de Trompas	Espermicida
Coito interrompido	Preservativo feminino	Pilula combinada	Vasectomia	
Amnorreia lactacional	Diafragma	Implanon		
Muco Cervical		Anel vaginal		



Organização Mundial de Saúde, 2007

Contraceção



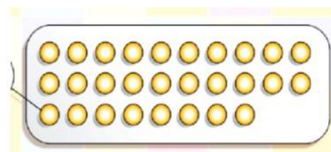
MÉTODO CONTRACEPTIVO	INÍCIO DA CONTRACEÇÃO	
	ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	ALEITAMENTO MISTO OU ARTIFICIAL
AMENORRÉIA LACTACIONAL	imediatamente após o parto	não aplicável (NA)
VASECTOMIA	imediatamente após parto ¹	
LAQUEAÇÃO DE TROMPAS	nos primeiros 7 dias ou a partir das 6 semanas pós-parto	
DIU COM COBRE	nas primeiras 48h ou a partir das 4 semanas pós-parto	
DIU COM LEVONORGESTREL	a partir das 4 semanas pós-parto	
COC	6 meses após o parto ²	21 dias após o parto se não amamenta
ANEL VAGINAL		6 semanas após o parto se amamentação mista
ADESIVO	6 semanas após o parto ²	imediatamente se não amamenta
POC		6 semanas após o parto se amamentação mista
INJECTÁVEL TRIMESTRAL		6 semanas após o parto se amamentação mista
IMPLANTE	imediatamente após o parto	
PRESERVATIVOS	6 semanas após o parto	
DIAPHRAGMA	quando as secreções vaginais tiverem retomado ao normal	
MÉTODO DE AUTOOBSERVAÇÃO	após 3 ciclos menstruais regulares	
CALENDÁRIO		

¹- se a vasectomia for realizada nos primeiros 6 meses da gravidez da companheira, já será eficaz depois do parto.
²- a utilização mais precoce não está recomendada, e não ser que outros métodos não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis por critérios médicos ou pessoais.

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia



Contraceção Oral (progestativa)



- ✓ O método mais frequentemente utilizado durante a amamentação é a pílula progestativa – Cerazette[®]:
 - ✓ deve iniciar-se cerca de 3 a 4 semanas após o parto;
 - ✓ cada embalagem contém 28 pílulas, cuja toma é contínua;
 - ✓ deve ser tomada todos os dias e sensivelmente à mesma hora;
 - ✓ logo que termina uma embalagem inicia-se outra;
- ✓ Não se esqueça, aconselhe-se com o seu médico.



Amenorreia Lactacional

- ✓ Amamentação exclusiva;
- ✓ Amamentar por 7 -8 períodos;
- ✓ Amamentar à noite;
- ✓ Amenorreia.



1ª Sessão

Recuperação Pós-Parto



Segunda Sessão

Hospital^{da}
Espírito Santo E.P.E.

Serviço de Ginecologia e Obstetria
Curso de Recuperação Pós-Parto



2ª Sessão

Recuperação Pós-Parto

Sono e Choro



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetria
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Hospital^{da}
Espírito Santo E.P.E.

Serviço de Ginecologia e Obstetria
Curso de Recuperação Pós-Parto



Sumário

Sono

Estadios comportamentais

Comodidade do berço

Posição para dormir

Choro

Motivos do choro

Linguagem do choro

Como lidar com o choro



BRAZELTON, T. Berry (2006)

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetria
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

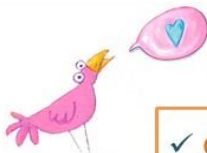
Sono do Bebê

- ✓ Os bebés passam a maior parte do seu tempo a dormir, mais concretamente cerca de 20 horas.
- ✓ As restantes são ocupadas com a alimentação e a exploração do mundo que os rodeia.



Sono do Bebê

- ✓ Durante o dia o bebé passa por diferentes estadios comportamentais:
 - Estadio de sono – sono profundo e sono ligeiro;
 - Estadio de transição – acordar;
 - Estadio de acordado - alerta tranquilo, alerta activo e choro.



T.Berry Brazelton

- ✓ Cada fase tem sinais próprios que ajudam a entender qual o período pelo qual o seu bebé está a passar.

Sono do Bebê

Sono Profundo

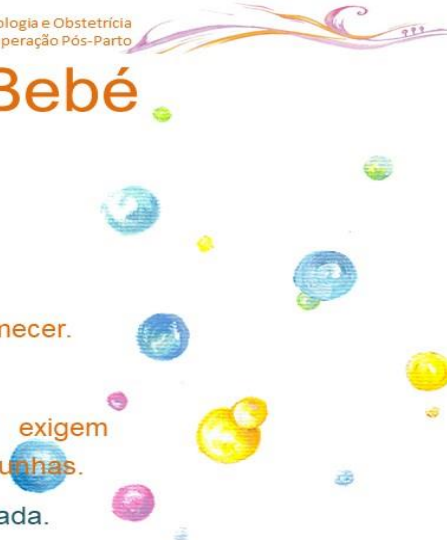
- ✓ Nesta fase o bebé parece que está “fechado para o mundo”.
- ✓ É um período que se caracteriza por:
 - Movimentos corporais:
 - Quase tranquilo;
 - Ocasionais;
 - Sobressalto;
 - Olhos:
 - Fechados;
 - Cara:
 - Sucção a intervalos regulares;
 - Respiração:
 - Regular;
 - Recetividade:
 - Mínima;
 - Reação só a estímulos intensos;



Sono do Bebê

Sono Profundo

- ✓ Cuidados Parentais:
 - Muito difícil de acordar.
 - Se acorda volta rapidamente a adormecer.
 - Amamentar é um insucesso;
 - Boa altura para actividades que exigem perícia como por exemplo, cortar as unhas.
 - Rotina de Massagem não recomendada.



Sono do Bebê

Sono Ligeiro

✓ **É um período que se caracteriza por:**

- Movimentos corporais:
 - Maior actividade corporal;
- Olhos:
 - Movimentos rápidos dos olhos debaixo das pálpebras;
- Cara:
 - Sorriso;
 - Sucção;
 - Caretas;
- Respiração:
 - Irregular;
- Receptividade:
 - Maior receptividade;

Sono do Bebê

Sono Ligeiro

✓ **Cuidados Parentais:**

- Menor dificuldade para acordar;
- Usualmente os pais pensam que o bebé está acordado;
- Amamentar é um insucesso.
- Rotina de Massagem não recomendada.

✓ **Neste período pode observar o bebé:**

- a estremecer uma ou duas vezes;
- com o reflexo de sucção (chuchar) mesmo que não tenha nada na boca.

✓ **Durante esta fase não deve acordar o seu bebé pois, este ficará rabugento e quererá adormecer novamente.**

Sono do Bebê

Acordar

✓ É um período que se caracteriza por:

- Movimentos corporais:
 - Actividade variável;
 - Geralmente tranquilo;
 - Algum sobressalto;
- Olhos:
 - Abrir/fechar os olhos;
- Cara:
 - Alguns movimentos;
- Respiração:
 - Irregular;
- Receptividade:
 - Resposta retardada;
 - Fase variável;

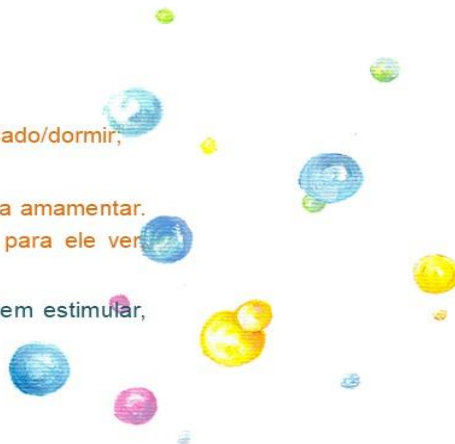


Sono do Bebê

Acordar

✓ Cuidados Parentais:

- Maior facilidade para acordar;
- Dificuldade de perceber se o bebê está acordado/dormir;
- Se for deixado sozinho pode voltar a dormir.
- Esperar que ele acorde verdadeiramente para amamentar.
Para o acordar, dar ao bebê alguma coisa para ele ver, ouvir, sentir.
- Rotina de Massagem: algumas técnicas podem estimular, outras podem induzir o sono.



Sono do Bebê

Alerta tranquilo

- ✓ **É um período que se caracteriza por:**
 - Movimentos corporais:
 - Pouco movimento;
 - Muito variável;
 - Olhos:
 - Abertos, brilhantes e a focar;
 - Cara:
 - Expressa atenção e interacção a estímulos;
 - Respiração:
 - Quando o bebé está animado com o que lhe fazem, a sua respiração fica profunda, caso contrário torna-se mais superficial.
 - Receptividade:
 - Alerta com interacção;

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Sono do Bebê

Alerta tranquilo

- ✓ **Cuidados Parentais:**
 - **Tempo ideal para interagir:** alimentar, falar, estabelecer contacto visual, táctil;
 - O bebé responde e aprende melhor neste estadio.
 - **Rotina de Massagem:** momento ideal
- ✓ **Nesta altura o seu bebé está:**
 - sorridente e desperto para o mundo;
 - consegue levar a mão à boca ou agarrar uma mão com a outra.
- ✓ **Este é o melhor momento para brincar e falar com o seu bebé, porque neste momento ele estará interessado e atento a tudo o que o rodeia.**

Sono do Bebê

Alerta Ativo

✓ **É um período que se caracteriza por:**

- Movimentos corporais:
 - Muito movimento;
- Olhos:
 - Abertos, menos brilhantes;
- Respiração:
 - Irregular;
- Receptividade:
 - Maior sensibilidade a estímulos intensos / externos;

Sono do Bebê

Alerta Ativo

✓ **Cuidados Parentais:**

- Geralmente alimenta-se. Demonstra sinais de necessidade de mudança (posição, estímulo);
- Pode ser difícil interagir. Há que saber respeitar e saber parar;
- Se deixado sozinho pode autoconsolar-se ou chorar.
- Rotina de Massagem: algumas técnicas podem acalmar e modificar o estado;

✓ **O recém-nascido poderá mostrar-se:**

- rabugento;
- movimentos bruscos, pois não os consegue controlar;
- respiração irregular.

✓ **Esta situação pode levá-lo mesmo a choramingar e deixá-lo descontente.**

✓ **Desta forma, os pais devem tentar acalmá-lo de forma a evitar uma crise de choro descontrolado.**

Sono do Bebê

Comodidade do berço



✓ Colchão

- Firme e bem adaptado ao tamanho da cama;
- Suportado por um estrado de madeira rígido.

✓ Almofada

- É desaconselhado o uso de uma almofada convencional (a cabeça pode afundar-se correndo o risco de não receber ar suficiente);
- O melhor é colocar uma fralda dobrada debaixo da sua cabeça.

✓ Roupa da Cama

- Cobertor não deve ser muito pesado porque o bebé corre o risco de tapar a cabeça ao movimentar-se (risco de asfixia);
- Ter em atenção ao material de que é constituída a roupa de cama.



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Sono do Bebê

Posição para dormir

- ✓ A posição mais adequada é em decúbito dorsal (barriga para cima) e cabeça para o lado;
- ✓ Decúbito lateral se atender a precauções de segurança;
- ✓ Evitar a posição em decúbito ventral (barriga para baixo) para diminuir a prevalência de morte súbita do recém-nascido.



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Choro do Bebê

✓ **É um período que se caracteriza por:**

- Movimentos corporais:
 - Desorganização dos movimentos;
- Olhos:
 - Tensos;
- Cara:
 - Caretas de cansaço e lágrimas;
- Respiração:
 - Irregular;
- Receptividade:
 - Sensibilidade desorganizada variável ao estímulo;



Choro do Bebê

✓ **Cuidados Parentais:**

- Os limites do bebê foram atingidos;
- Sinais de que precisa de mudança;
- Pode auto-consolar-se ou precisar que o consolem;
- Rotina de Massagem: Modificar ou parar a massagem.



Choro do Bebê

- ✓ O choro é a primeira forma de comunicação que o bebê possui...
- ✓ Numa primeira análise o choro parece-nos sempre igual.
- ✓ Para cada necessidade o bebê tem um choro diferente, algo que só é aprendido pelos pais após um período de tempo de adaptação, através da convivência e da observação atenta.
- ✓ Os pais preocupam-se em entender o choro do bebê e por isso tentam estabelecer uma relação entre a intensidade das lágrimas e o problema que aflige os seus filhos.

Confie em si mesma

Choro do Bebê

Motivos do Choro

- ✓ Fome
- ✓ Sono
- ✓ Desconforto
- ✓ Cólicas / Gases
- ✓ Necessidade de arrotar
- ✓ Sem motivo aparente



A linguagem do choro está relacionada com as necessidades do bebê, podemos começar a compreender esta linguagem, seguindo um roteiro que irá descodificar cada necessidade.

Choro do Bebê

Dunstan Baby Language - Linguagem do Choro

- ✓ A australiana [Priscilla Dunstan](#) decodificou o choro dos bebés, através da sua memória fotográfica para os sons.
- ✓ Através da audição do seu próprio bebé começou a perceber que existiam padrões no choro, essencialmente 5, e que mais tarde perceberia que todos os restantes bebés expressam as suas necessidades essencialmente à base destes 5 sons.
- ✓ Posteriormente ela analisou mais de 1.000 bebés e de facto chegou à conclusão de que os 5 sons, independentemente da raça e da cultura, são semelhantes em todos.



Choro do Bebê

Linguagem do Choro - Fome

- ✓ Choro n.º 1: Neh = "tenho fome"
- ✓ Choro n.º 2: Owh = "tenho sono"
- ✓ Choro n.º 3: Heh = "desconforto"
- ✓ Choro n.º 4: Eairh = "estou com gases"
- ✓ Choro n.º 5: Eh = "quero arrotar."



Choro do Bebê

Como lidar com o choro - Harvey Karp Reflexo Calmante

- ✓ Reflexo Calmante – Uma forma de acalmar os *bebés* agitados
 - Os ativadores para o reflexo calmante são as sensações que ele sentiu no útero.
 - Pegar ao colo
 - Dançar
 - Embalar
 - Embrulhar
 - Ruído branco ou cantar
 - Passeios de carro
 - Passeios na rua
 - Alimentação
 - Sucção
 - Baloços
 - ...

Choro do Bebê

Como lidar com o choro - Harvey Karp

Ativar o Reflexo Calmante

- ✓ Cinco Passos:
 1. Embrulhar
 2. Deitar de lado/de barriga para baixo
 3. Fazer "Chhhh"
 4. Embalar
 5. Sugar



Choro do Bebê

Ativar o Reflexo Calmante

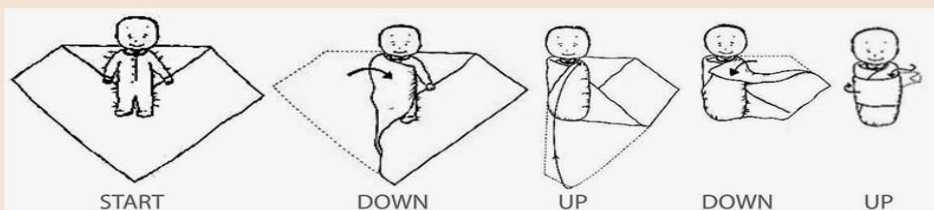
1º - Embrulhar: uma sensação de puro êxtase

- Dentro da barriga da mãe o espaço é apertado, dessa maneira o bebê recebe um "abraço" constante que contém os seus movimentos bruscos e os acalma. Embrulhar o bebê imita essa sensação.
- Este passo pode ser alvo de alguma resistência por parte do bebê e pode não o acalmar instantaneamente, mas limita a distração do bebê com os movimentos dos braços e das pernas e faz com que preste atenção aos outros passos que ativam o reflexo.
- Para que seja eficiente, o bebê deve ser embrulhado com firmeza, para que não consiga mexer/dobrar os bracinhos. As pernas podem ficar dobradas.

Choro do Bebê

Ativar o Reflexo Calmante

1º - Embrulhar: uma sensação de puro êxtase



Choro do Bebê

Ativar o Reflexo Calmante

1º - Embrulhar: uma sensação de puro êxtase

✓ Os Erros mais comuns:

- Embrulhar com demasiada folga;
- Embrulhar com os braços dobrados;
- Deixar a manta tocar na face do bebê;
- Deixar o embrulho abrir.

Choro do Bebê

Ativar o Reflexo Calmante

2º - De lado/de barriga para baixo: a posição de bem-estar do seu bebê

✓ A maioria dos bebês gosta de estar deitado de costas se estiver bem-disposto. Porém, quando o seu bebê está a chorar, pô-lo de costas pode fazê-lo sentir que está em queda livre.



✓ Certifique-se que o bebê não tem fome. Segurá-lo de uma forma em que lhe toca a face pode desencadear o reflexo de procura e fazê-lo pensar que está a oferecer-lhe comida – Confusão e frustração...

✓ Como a posição mais segura para dormir é de barriga para cima, vire-o após adormecer.

Choro do Bebê

Ativar o Reflexo Calmante

3º – Fazer Chhhh: o som calmante que o seu bebé prefere

- ✓ É aquele barulho que fazemos com a boca do tipo pedir silêncio. Este som conforta-o pois imita o som do sangue a circular nas artérias do útero.
- ✓ “O som sussurrante que o seu bebé ouvia no útero era tão alto como o de um aspirador.”
 - Para funcionar bem, o Chhhh tem que ser feito tão alto quanto o choro e perto do ouvido do bebé (5 a 10 cm). Isso porque os recém nascido não ouvem assim tão alto, eles têm fluido nos ouvidos e ainda não ouvem o som como nós.
- ✓ Ruídos brancos entre 30cm a 2m de distância dos ouvidos – secador de cabelo, exaustor, aspirador, estática no rádio ou no monitor do bebé, ...

Choro do Bebê

Ativar o Reflexo Calmante

4º – Embalar: dorme, bebé

- ✓ “Os recém-nascidos são como marinheiros que pisam terra firme depois de nove meses no mar... Os embalos que imitam a agitação que o seu bebé sentia dentro de si ativam os “sensores de movimento” nos seus ouvidos, que, por sua vez, ativam o reflexo calmante.”
- ✓ É instintivo! Mesmo sem perceber as mães balançam os bebés assim que começam a chorar. A dica aqui é que mantenha o ritmo e balance com vigor apoiando a região cervical.
- ✓ Deve começar vigorosamente para que o bebé acalme e pode ser reduzido para um movimento mais suave para o manter nesse estado.

Choro do Bebê

Ativar o Reflexo Calmante

4º – Embalar: dorme, bebê

✓ Formas inovadoras:

- Porta-bebês
- Dançar
- Baloços para bebês
- Pancadinhas ritmadas nas costas e no rabo
- Cadeiras de baloiço
- Cadeiras de baloiço que vibram
- Passeios de carro

✓ Embalar/Agitar é muito diferente de Sacudir!!!

- Síndrome do bebê sacudido – movimento violento da cabeça de um lado para o outro, como o estalar de um chicote: hemorragias e lesões cerebrais...
- Embalar/Agitar:
 - Movimentos rápidos mas com oscilação muito pequena;
 - A cabeça fica sempre alinhada com o corpo.

Choro do Bebê

Ativar o Reflexo Calmante

5º – Suger: a cereja no topo do bolo

- ✓ Quando um bebê rabugento começa a acalmar quando o embrulho, o deita de lado, o embala, e com ruídos brancos, está pronto para o glorioso quinto passo... Concentra um bebê que está a começar a acalmar-se e embala-o para um profundo estado de tranquilidade.”
- ✓ Suger a mama será uma das melhores maneiras de os acalmar. Em culturas primitivas os bebês são carregados em *slings* e mamam sempre que querem.
- ✓ O uso da chupeta pode ser uma alternativa.

Choro do Bebê

Reflexo Calmante

Passo 5

Mantém o reflexo calmante ativado e permite que o bebé entre num estado mais profundo de relaxamento.

Passo 3 e 4

Quebram ciclo de choro e desencadeia fortemente o reflexo calmante, acalmando o sistema nervoso.

Passo 1 e 2

Controla movimentos agitados e desliga reflexo de Moro, fazendo-o concentrar-se nos passos seguintes.



**A verdadeira viagem de descoberta
consiste, não em procurar novas terras, mas
em ter uma nova visão.**

Marcel Proust



2ª Sessão

Recuperação Pós-Parto
Sono e Choro



Terceira Sessão

Hospital^{da}
Espírito Santo E.P.E.

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
Curso de Recuperação Pós-Parto



3ª Sessão

Competências e Desenvolvimento
Infantil
Educação Parental



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

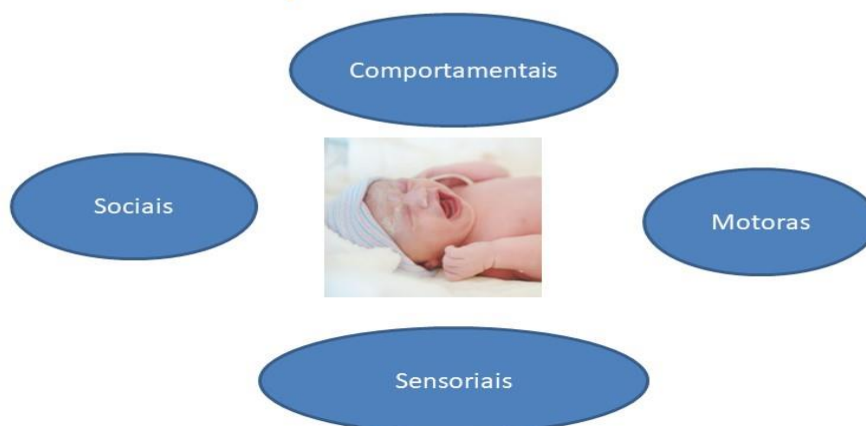
Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Hospital^{da}
Espírito Santo E.P.E.

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
Curso de Recuperação Pós-Parto



Competências do Bebê



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros



Estadios Comportamentais

- Sono Profundo
- Sono ligeiro
- Acordar
- Alerta tranquilo
- Alerta ativo
- Choro



Os sentidos...

Tacto

1º sentido sensorial a ser desenvolvido in utero

Recém nascido : Aumento da sensibilidade tátil nos primeiros 5 dias de vida (Haith, 1986)
Tato/dor

Estimulação do sistema tátil /massagens:
Promove ganhos físicos, sensoriais e cognitivos



Os sentidos...

Audição

Funcional antes do nascimento: O feto responde e aprende a conhecer sons

Recém nascido:



Os sentidos...

Olfacto

Maturação ainda in utero. Aprendizagem através do Líquido amniótico.

Recém nascido: Capaz de localizar odores. Com seis dias reconhece odores da mãe.





Os sentidos...

Paladar

Desenvolvimento das pupilas gustativas e resposta diferenciada a estímulos in-utro.

Recém nascido: Mostra maior preferência a paladares DOCES (calmantes), do que azedos ou amargos



Os sentidos...

Visão

Sentido menos desenvolvido in utro



Recém nascido:

Estrutura retina incompleta/nervo ótico sub-desenvolvido/ não mielinizado (Restak, 1986)

Focagem a uma distancia de aproximadamente 30cm duplica da 2ª à 10ª semana (E.Tronick,1972)

Preferência Visual: linhas curvas/retas, padrões complexos/simples; imagem da face humana (Haith,1986)

Rápido desenvolvimento: Segue alvo em movimento. Percepção da cor ao 2º mês: vermelho/verde ao 3ºmês: azul (Haith,1986)

Ao 3º mês o Nervo ótico está mielinizado

Ao 6º mês de vida: Visão clara/tridimensional

Percepção: profundidade/distância (Bushnell & Boudreau,1993)



Desenvolvimento Infantil



4 – 6 semanas

Postura e motricidade global

- Em decúbito ventral – levanta a cabeça.
- Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão.
- Em tração pelas mãos – a cabeça cai.
- Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas.
- Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-flectidos

Visão e motricidade fina

- Segue uma bola pendente a 20-25 cm em $\frac{1}{4}$ de círculo (do lado até à linha média).

Audição e Linguagem

- Para e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido.

Comportamento e adaptação social

- Fixa a face da mãe quando o alimenta.
- Tem sorriso presente às 6 semanas
- Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.

Actividades promotoras do desenvolvimento

Recém nascido



- Pegar no bebé e embalá-lo suavemente. Pode usar uma cadeira de balouço.
- Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o bebé pelo nome.
- Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se...
- Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas.
- Comunicar com o bebé olhando-o nos olhos, encostado ao peito.
- Colocar o bebé sobre os joelhos, deixar que ele agarre o indicador com as mãos e converse com ele.

Actividades promotoras do desenvolvimento

Recém nascido



- Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o bebé em estado de alerta e com a cabeça em posição central.
- Dar oportunidade ao bebé de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...)
- Massagem suave corporal observando sempre o bebé calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não excedendo os 20 minutos.
- Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta.
- Oferecer o polegar do bebé para que este se autoconforte e reorganize.
- Evitar ambientes hiperestimulantes. Observar o bebé.

Actividades promotoras do desenvolvimento

4-6 semanas



- Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do seu rosto a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera;
- Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção;
- Observar o bebé sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura autoconforto;

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)

Actividades promotoras do desenvolvimento

4-6 semanas



- Conversar com carinho, aprender a tocá-lo, embalá-lo, estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves. Continuar a usar a cadeira de balouço;
- Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral para dormir;
- Continuar a massajar de forma simples, sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos;
- Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes.

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)

Sinais de Alarme

1 mês

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado.
- Hipertonicidade na posição de pé
- Nunca segue a face humana.
- Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana).
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)

3 meses

Postura e motricidade global

Atende e volta-se geralmente aos sons.

Visão e motricidade fina - Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas.

- Segura brevemente a roca e move-a em direção à face.
- Segue uma bola pendente $\frac{1}{2}$ círculo e horizontal.
- Apresenta convergência ocular.
- Faz pestanejo de defesa.

Audição e Linguagem

- Atende e volta-se geralmente aos sons.

Comportamento e adaptação social

- Sorri
- Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar.

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)

Actividades promotoras do desenvolvimento

3 meses

- Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais;
- Ouvir música suave na companhia do cuidador. Dançar, em ritmo suave, com o bebé ao colo. Cantar;
- Mobilizá-lo, evitando que esteja deitado demasiado tempo e na mesma posição;
- Procurar levantá-lo devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo;
- Oferecer-lhe objetos para segurar, colocar objectos pendentes para que possa segui-los;
- Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente.

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)



Sinais de Alarme

3 meses

- Não fixa nem segue objectos.
- Não sorri.
- Não há qualquer controlo da cabeça.
- Mãos sempre fechadas.
- Membros rígidos em repouso.
- Sobressalto ao menor ruído.
- Chora e grita quando se toca.
- Pobreza de movimentos.

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)





6 meses

Postura e motricidade global

- Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos.
- Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos flectidos.
- Em tração pelas mãos –faz força para se sentar.
- Mantém-se sentado(a) sem apoio.
- De pé faz apoio.

Visão e motricidade fina

- Tem apreensão palmar.
- Leva os objectos à boca.
- Transfere objectos.
- Esquece imediatamente o objecto quando este cai.
- Apresenta boa convergência (estrabismo anormal).

Audição e Linguagem

- Segue os sons a 45 cm do ouvido.
- Vocaliza sons monossílabos e dissílabos.
- Dá gargalhadas

Comportamento e adaptação social

- É muito activo(a), atento(a) e curioso(a).

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)



Actividades promotoras do desenvolvimento

6 meses



- Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-lo a passar o objeto de uma mão para a outra;
- Sentá-lo com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia;
- Incentivar para que produza novos sons com a boca. Conversar e dançar com o bebé;

Actividades promotoras do desenvolvimento

6 meses



- Colocar o bebé num tapete adequado e incentivá-lo a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe;
- Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações (elemento forte de aprendizagem);
- Não entrar em conflito durante a refeição, que constitui uma oportunidade de interação sem pressão;
- Ritual do sono reforçado antes de dormir.

Sinais de Alarme

6 meses

- Ausência de controlo da cabeça.
- Membros inferiores rígidos e passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar.
- Não olha nem pega em qualquer objeto.
- Assimetrias.
- Não reage aos sons.
- Não vocaliza.
- Desinteresse pelo ambiente.
- Irritabilidade.
- Estrabismo manifesto e constante.

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)



9 meses

Postura e motricidade global

- Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos.
- Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se.

Visão e motricidade fina

- Tem preensão e manipulação.
- Leva tudo à boca.
- Aponta com o indicador.
- Faz pinça.
- Atira os objectos ao chão deliberadamente.
- Procura o objecto que caiu ao chão.

Audição e Linguagem

- Tem atenção rápida para os sons perto e longe.
- Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido.
- Repete várias sílabas ou sons do adulto.

Comportamento e adaptação social

- Leva uma bolacha à boca.
- Mastiga.
- Distingue os familiares dos estranhos.

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)



Actividades promotoras do desenvolvimento

9 meses



- Oferecer objetos diferentes e afastados, no sentido de incentivar o posicionamento;
- Colocar objetos em cima de uma cadeira de forma a incentivá-lo a colocar-se de pé, colocando um tapete à volta caso caia;
- Chamar os objetos pelos nomes, ensinar a colocar fora e dentro da caixa;
- Oferecer papel para amassar e rasgar;
- Dar a experimentar diferentes texturas;

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)



Actividades promotoras do desenvolvimento

9 meses



- Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que ele «resolva o problema»;
- Brincar ao «esconde»;
- Ser firme e terno no «não»;
- Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...);
- Realizar massagem (sem grandes alterações), com a exceção do apoio de um brinquedo para o manter quieto.
- Imitar sons de animais e objetos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar.

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)



Sinais de Alarme

9 meses

- Não se senta.
- Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição.
- Assimetrias.
- Sem preensão palmar, não leva objectos à boca.
- Não reage aos sons.
- Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização.
- Apático sem relação com familiares.
- Engasga-se com facilidade.
- Estrabismo.

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)



12 meses

Postura e motricidade global

- Passa de decúbito dorsal a sentado(a).
- Tem equilíbrio sentado(a).
- Gatinha.
- Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.

Visão e motricidade fina

- Explora com energia os objectos e atira-os sistematicamente ao chão.
- Procura um objecto escondido.
- Tem interesse visual para perto e longe.

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)

Audição e Linguagem

- Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa.
- Dá pelo nome e volta-se.
- *Jargão* (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente imperceptível).
- Compreende ordens simples "dá, cá e adeus".

Comportamento e adaptação social

- Bebe pelo copo com ajuda.
- Segura a colher mas não a usa.
- Colabora no vestir levantando os braços.
- É muito dependente do adulto.
- Demonstra afecto.



Actividades promotoras do desenvolvimento

12 meses



- Promover a aquisição de capacidades motoras;
- Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança;
- Reagir calmamente e com firmeza às birras;
- Manter os rituais do sono;
- Não entrar em conflito na hora da refeição;
- Estimular as tarefas/ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas;

Actividades promotoras do desenvolvimento

12 meses

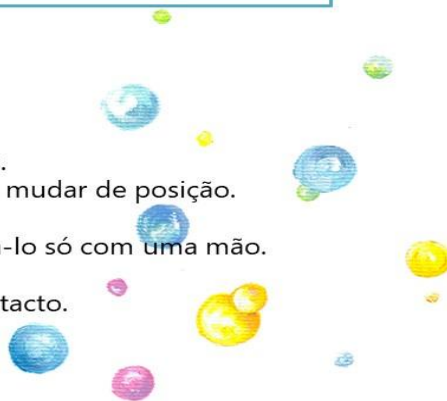


- Oferecer cubos, dar vários objetos para as mãos;
- Falar sobre as separações com antecedência progressiva e cumprir as promessas;
- Evitar pressões para o controlo esfinteriano;
- Incentivar para que a criança peça quando quer algo, verbalizando o pedido, mesmo que se saiba o que ela deseja.

Sinais de Alarme

12 meses

- Não aguenta o peso nas pernas.
- Permanece imóvel, não procura mudar de posição.
- Assimetrias.
- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão.
- Não responde à voz.
- Não brinca nem estabelece contacto.
- Não mastiga.





3ª Sessão

Competências e Desenvolvimento Infantil

Educação Parental



Quarta Sessão

Hospital^{da}
Espírito Santo E.P.E.

Serviço de Ginecologia e Obstetria
Curso de Recuperação Pós-Parto



4ª Sessão

Vigilância de Saúde Infantil
Segurança Infantil



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetria
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Hospital^{da}
Espírito Santo E.P.E.

Serviço de Ginecologia e Obstetria
Curso de Recuperação Pós-Parto



Vigilância Infantil

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

- ✓ Calendarização das consultas para idades-chave,
- ✓ Harmonização com o esquema cronológico do Programa Nacional de Vacinação (PNV),
- ✓ Promoção da saúde e de prevenção da doença.



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetria
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Vigilância Infantil

▪ Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

▪ Boletim de Vacinas



Vigilância Infantil

1º ano de vida	1ª semana	1 mês	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses
1-3 anos	12 meses	15 meses	18 meses	2 anos	3 anos	--
4-9 anos	4 anos	5 anos	6/7 anos	8 anos	--	--
10-18 anos	10 anos	12/13 anos	15/18 anos	--	--	--

DGS, 2013

Desenvolvimento Infantil

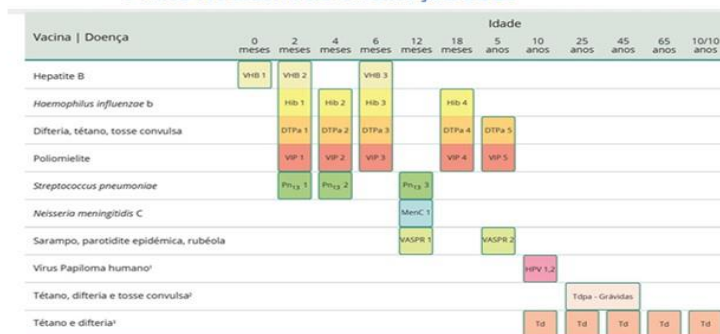
Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios
Peso	Alimentação
Comprimento	Vitamina D
IMC	Saúde Oral
Perímetro cefálico	Higiene
Dentição	Posição de deitar
Coração	Hábitos de sono
Anca	Hábitos intestinais e cólicas
Visão	Desenvolvimento
Audição	Acidentes e segurança
Exame físico	Temperatura normal e febre
Desenvolvimento	Sintomas/sinais de alerta e Sinais/sintomas comuns
Vacinação	Vacinação – vantagens e reacções
Relação emocional/comportamento	Relação emocional

DGS, 2013

Desenvolvimento Infantil

Desenvolvimento	0 a 6 semanas	6 semanas a 3 meses	3 a 6 meses	6 a 12 meses	Após 12 meses
Posição da Barriga	 Eu gosto de ficar estendido, minhas pernas e repousando minha cabeça de lado.	 Agora eu sou forte o suficiente para levantar um pouco a minha cabeça.	 Eu posso sustentar a minha cabeça no alto e olhar o mundo em volta de mim.	 Estou a caminho – já posso erguer meu corpo e mover-me para frente.	 Que legal! Agora eu realmente posso me mover.
Sentar	 Neste estágio eu ainda não posso sentar.	 Eu ainda não me sustento sozinho para poder sentar.	 Estou ficando mais forte, e já posso sentar sozinho.	 Pegar a câmera – agora já posso sentar sozinho e me apoiar com as mãos.	 Olhe, sentar agora é fácil! Não preciso do apoio das mãos.
Posição da Cabeça	 Quando você me pega, preciso das suas mãos como suporte (as mãos do meu pai/mãe ainda são muito fortes).	 Minha cabeça está mais ereta! Agora, e mais! Mas ainda não estou ficando mais forte.	 Agora quando você me pega minha cabeça acompanha o movimento do meu corpo.	 Advinhe? Eu mesmo posso erguer minha cabeça.	 Eu posso controlar a minha cabeça agora.
Ficar em pé	 Quando eu toco o chão com os pés, o reflexo faz com que eu erga as minhas pernas.	 Neste estágio eu nem sonho em ficar de pé.	 Tenho que eu gostaria, mas eu não posso ficar em pé sozinho. Que ansiedade!	 Se alguém segura as minhas mãos, eu posso ficar em pé e tentar andar.	 Está na hora de chamar o vovô e a vovó. Eu posso ficar em pé e andar sozinho.
Relacionamento Social	 Especialmente nas primeiras semanas o que mais faço é ter um bom sorriso.	 É engraçado! Eu dou risada do que você faz e posso olhar com os olhos alguns objetos.	 Agora eu percebo banhos, o nome da mãe e eu mesmo já sou capaz de me divertir.	 É uma diversão! Eu posso comer algumas comidas sozinho. Eu também gosto de brincar com as pessoas e as pessoas gostam de brincar comigo.	 Eu sou muito talentoso agora. Posso ensinar algumas palavras como "papai", "mãe" e "tchau".

Plano Nacional de Vacinação 2017



1. Aplicável apenas a raparigas, com esquema 0, 6 meses
2. Aplicável apenas a mulheres grávidas. Uma dose em cada gravidez
3. De acordo com a idade da pessoa, devem ser aplicados os intervalos recomendados entre doses, tendo como referência a data de administração da dose anterior. A partir dos 65 anos, recomenda-se a vacinação de todas as pessoas que tenham feito a última dose de Td há ≥10 anos, as doses seguintes são administradas de 10 em 10 anos



DGS, 2017

Síndrome de Morte Súbita

- A ocorrência é rara no primeiro mês de vida,
- aumenta até um valor máximo entre os 2 e os 4 meses
- 95% dos casos surgem antes dos 6 meses de idade.





Síndrome de Morte Súbita

1- Colocar o bebé de costas para dormir



2- Não fumar próximo do bebé



3- Destapar a cabeça ao dormir
E não aquecer demasiado o bebé



4- Colocar o bebé acordado, noutras posições



Como actuar? em caso de Febre

Febre

Temperatura axilar superior a 37,5°C, ou rectal superior a 38°C.
Nas crianças com menos de 2 anos, a temperatura rectal é a avaliação preferencial.

-Febre em lactente com menos de 3 meses – ir logo ao Pediatra.

-Febre em lactente com mais de 3 meses, aguardar 3 dias por novos sintomas.



Como actuar? em caso de Febre

Arrefecimento natural: Dispa as roupas quentes ao seu filho, deixe-o com roupa fresca.

Antipirético: recomendado pelo seu médico na dose por ele prescrita se o seu filho tiver febre alta (temperatura axilar superior a 38,5°C ou rectal superior a 39°C), se estiver desconfortável com a febre ou se tiver risco de convulsões com febre.

Banho de arrefecimento: em especial em crianças com menos de 5 anos, dar um banho de água ténida (cerca de 2 graus abaixo da temperatura corporal).

Líquidos: oferecer mais líquidos ao seu filho e não insistir com ele para comer.

Contactar o médico: se tiver menos de 3 meses, ou se tiver febre de 40°C, estiver "murcho", muito irritado ou com gemido, falta de ar ou manchas na pele, mantiver febre mais de 3 dias.



Como actuar? em caso de Obstipação

A obstipação presente: número de evacuações, 3 ou menos numa semana.

LACTENTES ATÉ AOS 5/6 MESES

As crianças alimentadas com fórmulas infantis, recomenda-se dar água entre as tomas.

BEBÉS DOS 6-12 MESES

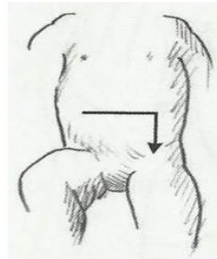
Inicie progressivamente as papas de fruta com laranja ou pera, de legumes, de cereais integrais ou de aveia. Evite as de maçã ou banana.

Oferecer água

Como actuar? em caso de Obstipação

Principal ajuda:

Massagem – **I Love U**



Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetria
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Segurança Infantil

O sistema de retenção para crianças (SRC)



- Deve ser adquirido antes do nascimento. Os recém-nascidos e as crianças têm de ser sempre transportados num dispositivo de retenção homologado, adequado à idade, altura e peso, de modo a proporcionar as condições necessárias a uma viagem de automóvel segura
- O uso de um sistema de retenção homologado é obrigatório até aos 12 anos de idade e 150 cm de altura. A partir desta altura, a criança já pode utilizar apenas o cinto de segurança do automóvel.
- Logo à saída da maternidade, o RN deve viajar num SRC voltado para trás. Só assim a cabeça, o pescoço e a região dorsal estarão protegidos em caso de acidente, pois são apoiados uniformemente.

DGS,2013

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetria
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Segurança Infantil



O sistema de retenção para crianças (SRC) ➡ Reduzem, entre 90 e 95%, a ocorrência de morte ou ferimentos graves em crianças.

- Deve ser preso ao automóvel com o cinto de segurança ou através de um sistema isofix2, num lugar sem *airbag* frontal ativo.
- O Recém nascido deve viajar semi-sentado desde o primeiro dia.
- As crianças devem viajar voltadas de costas para o sentido do trânsito até aos 3 ou 4 anos de vida. Posição mais segura para as transportar no automóvel, devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça.
- Só a partir dos 18 meses será admissível que a criança viaje virada para a frente.

DGS, 2013

Segurança Infantil



A partir do momento em que a criança passa a usar um SRC virado para a frente:

- Deve verificar-se se os cintos internos ficam bem ajustados ao corpo da criança e se não há folgas entre a cadeira e o banco do automóvel. Se o automóvel estiver equipado com o sistema ISOFIX, devem ser utilizados SRC com este sistema.
- Só podem ser transportadas no banco traseiro, salvo algumas exceções previstas na lei

DGS, 2013



Segurança Infantil



Sistemas de retenção de acordo com peso e idade e identificação da posição da cadeira

GRUPO	PESO	IDADE APROXIMADA	POSIÇÃO DA CADEIRA
0 – Alcofa	Só para casos especiais*		De lado
0+	Até 13kg	Até 12 – 18 M	VT
0+/I ou I	Até 18kg	12 M – 3/4 A	VT
0+/I ou I	Até 18kg	18 M – 3/4 A	VF
II/III	15 – 36kg	4/6 A – 12 A	VF
III	22 – 36kg	8/9 – 12 A	VF

DGS,2013

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetria
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Segurança Infantil

2 Meses

Quedas

- Não deixar o bebé sozinho – pode rebolar
- Cintos sempre apertados: no carro e na espreguiçadeira



Queimaduras

- Confirmar temperatura do banho/ alimentos
- Usar protetor solar (minerais)
- Chapéu



Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetria
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Segurança Infantil

4 Meses

Explorar o Mundo... com a boca!

- Brinquedos macios e grandes



- Berço adequado



Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetria
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Segurança Infantil

6 Meses

- Alimentos – não aquecer no microondas
- Exploração do meio ambiente:
- uso de protecções adequadas!



Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS,2013)
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetria
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Segurança Infantil

9 Meses

Risco de Queda:

- Cadeiras de alimentação – estáveis
- Evitar andarilhos
- Atenção ao acesso a varandas



Segurança Infantil

12 Meses

Desloca-se com facilidade, pode puxar fios e pontas de toalhas e magoar-se!



Intoxicações: produtos de limpeza e medicamentos em armários altos!





4ª Sessão

Vigilância de Saúde Infantil
Segurança Infantil



Quinta Sessão

Hospital^{as}
Espírito Santo E.P.E.

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
Curso de Recuperação Pós-Parto



5ª Sessão

Aleitamento Materno e Artificial Regresso ao trabalho – Legislação em Vigor



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Hospital^{as}
Espírito Santo E.P.E.

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
Curso de Recuperação Pós-Parto



Aleitamento Materno

O aleitamento materno constitui a **referência** da alimentação do recém-nascido e do lactente.

Vantagens para:

- ✓ a criança,
- ✓ a mãe,
- ✓ a família
- ✓ e a sociedade.



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Aleitamento Materno

Organização Mundial de Saúde:

Aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade

A partir dos 6 meses de idade devem receber **alimentos complementares** (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno

As crianças devem ser amamentadas, pelo menos, até aos **2 anos de idade**.

Alimentação Materna durante a amamentação

- ✓ Deve ser e rica e variada;
- ✓ Repleta de alimentos como frutas, cereais integrais, laticínios, legumes e verduras;
- ✓ Evitar alimentos industrializados e muito gordurosos, que não adicionam valor nutricional nem para a mãe nem para o bebé

Mesmo com o aumento de calorias na alimentação, durante o período de amamentação, a mãe emagrece em média de 1 a 2 kg por mês, de forma lenta e gradual.

Devido à energia que é perdida durante a produção de leite.

Conservação do Leite

Métodos para extrair o leite materno:

- ✓ Extração manual
- ✓ Extração com bomba manual
- ✓ Extração com bomba elétrica



As mães devem tomar banho diário e fazer uma boa higiene das mãos antes da colheita

Conservação do Leite

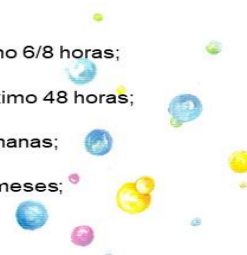
Armazenamento

- ✓ recipientes de vidro ou plástico;
- ✓ biberão esterilizado;
- ✓ sacos de plástico esterilizados.

Preenchidos até um
máximo de $\frac{3}{4}$ do
volume

Conservação em Casa

- ✓ Leite recém-extraído/fresco à temperatura ambiente ($<25^{\circ}\text{C}$) no máximo 6/8 horas;
- ✓ Leite refrigerado na 1ª prateleira do frigorífico (nunca na porta) no máximo 48 horas;
- ✓ Leite congelado no congelador (dentro do frigorífico) no máximo 2 semanas;
- ✓ Leite congelado no congelador (separado - tipo Combi) no máximo 3 meses;
- ✓ Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo) tem estabilidade de 6 meses.



Aleitamento Artificial

Para prevenção e minimização do risco de infecção



- ✓ Lavar manualmente o biberão e as tetinas com detergente e uma escova própria para retirar os resíduos de leite existentes (de seguida pode ir à máquina de lavar);
- ✓ Esterilizar o biberão e as tetinas;
- ✓ Lavar as mãos antes de preparar o biberão;
- ✓ Utilizar sempre água fervida (de compra ou da rede, nunca do poço/fonte);
- ✓ Colocar a medida de água recomendada pelo médico/enfermeiro;
- ✓ Após medir a água colocar as medidas de pó (leite) correspondentes (para cada 30ml de água junta-se 1 colher rasa de leite);
- ✓ Verificar a temperatura do leite.

Alimentação no 1º Ano de vida

Diversificação alimentar:

Alimentação exclusivamente de leite ➡ Alimentação semi-sólida ➡ Sólida.

Deverá ter início o mais perto dos 6 meses, nunca antes dos 4 meses nem depois dos 6 meses e meio.

Altura em que o bebé começa a ter capacidade para mastigar, deglutir e digerir outros alimentos além do leite.

Não existe nenhuma norma rígida.

Na diversificação alimentar, os alimentos são introduzidos, dependendo esta decisão dos pais e do técnico de saúde que acompanha o bebé.



Alimentação no 1º Ano de vida



Cuidados gerais na introdução dos novos alimentos

- Os alimentos “novos”, devem ser oferecidos com a colher, pois um dos objectivos da alimentação diversificada é estimular a mastigação.
- É normal que o bebé coloque a língua fora da boca e cuspa, levando muitas vezes os pais pensar que o bebé está a rejeitar o novo alimento.
- Nos primeiros dias, deve-se optar por uma consistência parecida à do leite e espessar, gradualmente, a consistência do puré ou papa, de forma a haver uma adaptação do bebé aos novos alimentos.
- O ideal é existir um intervalo de 3 a 6 dias, entre a introdução de dois novos alimentos, para que a criança aprenda o sabor de cada alimento e se possam despistar possíveis problemas alérgicos.

Alimentação no 1º Ano de vida

Farinhas de cereais

A diversidade alimentar pode ser iniciada com as farinhas de cereais.

Farinhas lácteas ➡ Contém leite na sua composição (preparadas com água fervida)

Farinhas não lácteas ➡ Não têm leite na sua composição (preparadas com o leite que o bebé bebe)

Antes dos 6 meses o bebé deve consumir farinhas sem glúten.



Alimentação no 1º Ano de vida

FRUTAS

Introduzida normalmente entre o 4º e 5º mês



Após a adaptação ao puré ou à farinha de cereais.

- Geralmente as primeiras frutas são a maçã, a pêra, a banana e a papaia, que devem ser reduzidas a papa.

A maçã e a pêra devem ser, preferencialmente, cozidas até ao 6º mês.

Frutas como os citrinos (laranja, tangerina, clementina, limão), o kiwi, o maracujá, os frutos silvestres (morangos, framboesas, amoras e groselhas) nunca devem ser dados à criança antes do 9º mês, devido ao seu potencial alérgico.

No caso de haver história familiar de alergias, a introdução destas frutas deve ser feita só após os 12 meses de idade.



Alimentação no 1º Ano de vida

Puré de legumes

Entre os 4 e os 6 meses...



- ✓ O puré de legumes deve ser simples, inicialmente, pouco consistente, feito com dois a três alimentos:

O arroz ou a batata e a cenoura

- ✓ Com intervalos de 3 a 6 dias, juntam-se outros legumes como a alface, a abóbora (amarela e verde), o feijão verde, a acelga, a pimpinela, os brócolos, a salsa.

Vai-se espessando a consistência do puré e introduzindo outros legumes, à medida que a criança tem melhor capacidade digestiva.

Para temperar o puré, utilize uma colher de chá de azeite em cru (depois de pronto).

Alimentação no 1º Ano de vida



Carne

Quando a criança estiver adaptada ao puré de legumes introduz-se o caldo de carne.

Cozer a carne magra (sem peles e sem gorduras) com os legumes e retirar a carne no final (não se dá a carne à criança).



Este caldo de carne constitui uma etapa de transição para a introdução da carne na alimentação da criança.

✓ Ultrapassada esta fase, a carne é cozida, triturada e dada no puré de legumes. Começar pela carne de frango ou de borrego, seguindo-se a de peru, de coelho, de vitela e, por último, a carne de vaca.

A carne de porco só deve ser introduzida após os 12 meses de idade.

Deve dar 20 a 25 gramas por dia de carne triturada/passada (2 a 2,5 colheres de sopa rasas).

Alimentação no 1º Ano de vida

IOGURTE E QUEIJO



Podem ser introduzidos entre os 8 e os 10 meses como substituto de uma refeição láctea.



É um alimento com boa digestibilidade que favorece a flora intestinal.

Os queijos frescos aromatizados, sobremesas lácteas, gelados e natas só devem ser introduzidos após os 24 meses de idade.

Alimentação no 1º Ano de vida

Frutos Secos

- Figo
- Ameixa
- Damasco
- Uvas passas



Podem ser introduzidos a partir do 9º mês.



Devem ser triturados na papa ou em batidos com leite ou iogurte natural, mas sempre que possível demolhados para retirar parte do açúcar.

Dada a sua riqueza em fibra e de forma a proteger a fragilidade do intestino da criança, são indicados em pequenas quantidades (1 a 2 unidades).

Alimentação no 1º Ano de vida

FRUTOS OLEAGINOSOS

- Noz
- Amendoim
- Amêndoa
- Pinhão



Alimentos que podem causar alergias nas crianças mais sensíveis.
Só devem ser oferecidos à criança depois dos 24 meses.

Alimentação no 1º Ano de vida

Peixe

A criança pode iniciar a introdução do peixe ao 9º mês.



Retirar, "cuidadosamente", as espinhas.



- O peixe deverá ser branco (pescada, espada, maruca, cherne, linguado, pargo...) e cozido com o puré de legumes, numa dose de 20 gramas (2 colheres de sopa rasas).

Devido à menor tolerância e digestibilidade, os mariscos e alguns peixes (atum, cavala) devem ser introduzidos após os 18 meses de idade.

O polvo e as lulas devem ser introduzidos após os 24 meses.

Alimentação no 1º Ano de vida

ovo

- A introdução da gema do ovo deverá acontecer, após os 9 meses de idade.

1ª vez ➡ ¼ da gema do ovo,

2ª vez ➡ ½ gema,

1ª vez ➡ ¾ da gema e na quarta vez a gema inteira.



O ovo inteiro (gema clara) deve ser introduzido, a partir dos 12 meses.
O ovo não deve ser dado mais do que duas a três vezes por semana.

No caso de crianças com história familiar de alergia, o ovo só deverá ser introduzido, após os 12-15 meses de idade.

Alimentação no 1º Ano de vida

LEGUMINOSAS

Quanto às leguminosas:

- Feijão
- grão de bico
- ervilhas
- lentilhas



Só devem ser introduzidas após os 10 meses de idade.

Para melhor digestão



Trituradas e introduzidas, gradualmente, em pequenas quantidades na sopa. Mais tarde, podem ser utilizadas inteiras na sopa ou no prato.

Alimentação no 1º Ano de vida

SAL e AÇÚCAR



Não é necessário adicionar sal nem açúcar aos alimentos e quanto mais tarde os introduzir melhor.



Assim saboreia o verdadeiro sabor dos alimentos e não ao sabor dos condimentos.

O mel de abelha e de cana, por apresentar um elevado teor de açúcares e pela possibilidade de conter toxinas ou germes perigosos, é desaconselhado, durante o primeiro ano de vida.

O chocolate é também contra indicado por ser de difícil digestão.

Alimentação no 1º Ano de vida

Exemplo de refeições diárias

4-6 meses

- Leite materno em regime livre e/ou 4 a 6 refeições de leite formula para lactente;
- 1 sopa só de legumes

4-6 meses

- Leite materno em regime livre e/ou 3 a 4 refeições de leite formula para lactente;
- 1 sopa só de legumes;
- 1 papa de farinha não láctea

6 meses

- Leite materno em regime livre e/ou 3 a 4 refeições de leite formula para lactente;
- 1 sopa só de legumes com 30gr de carne;
- 1 papa de farinha não láctea/láctea com glúten

Alimentação no 1º Ano de vida

Exemplo de refeições diárias

7 meses

- Leite materno em regime livre e/ou 2 a 3 refeições de leite formula para lactente;
- 1 sopa só de legumes com 30gr de peixe magro ou de carne magra e fruta;
- 1 papa de farinha láctea com glúten

8-9 meses

- Leite materno em regime livre e/ou 2 a 3 refeições de leite formula para lactente;
- 1 sopa só de legumes + 1 prato de carne/peixes magros/gema de ovo + fruta;
- 1 papa de farinha láctea ou 1 iogurte + 1 fruta;
- 1 sopa só de legumes + fruta

Alimentação no 1º Ano de vida

Exemplo de refeições diárias

9-10meses

- Leite materno em regime livre e/ou 2 refeições de leite formula para lactente;
- 1 papa de farinha ou 1 iogurte + fruta;
- 2 refeições de sopa de legumes com ou sem leguminosas + 1 prato com carne ou peixe magro ou gema de ovo + 1 peça de fruta;

11 meses

- Leite materno em regime livre e/ou 2 refeições de leite formula para lactente;
- 1 refeição de sopa de legumes com ou sem leguminosas + 1 prato com carne ou peixe magro ou gema de ovo + 1 peça de fruta;
- 1 papa de farinha láctea;
- 1 sopa só de legumes + fruta

Aleitamento Materno

- Amamente o seu bebé sempre que estiver em casa
- Retire o leite com uma bomba
- Escolha uma creche ou uma ama que fique perto do local de trabalho
- Gozo de Licença Parental e "Horário de Amamentação"

Regresso ao Trabalho



É Possível!!

Legislação em Vigor

Legislação:

artigos 35º, nº 1, c), 39º, a), 40º e 65º da Lei 7/2009
de 12.02



Direito do pai e da mãe trabalhadores, a 120 ou 150 dias consecutivos, podem ser acrescidos 30 dias nas situações de:

Partilha da licença, se cada um dos pais gozar, em exclusivo, um período de 30 dias seguidos ou dois períodos de 15 dias seguidos, após o período obrigatório da mãe (42 dias)

Nascimento de gémeos além do primeiro, ou seja por cada gémeo nascido com vida, além do primeiro, acresce um período de 30 dias seguidos

Legislação em Vigor

Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro - Aprova a revisão do Código do Trabalho

Subsídio parental inicial exclusivo da mãe

42 dias (6 semanas) são obrigatórios e gozados imediatamente a seguir ao parto

Subsídio parental inicial exclusivo do pai

15 dias úteis obrigatórios, dos quais

5 dias seguidos, imediatamente depois do nascimento de filho

10 dias seguidos ou não, nos 30 dias seguintes ao nascimento de filho

10 dias úteis facultativos, seguidos ou não, desde que gozados depois do período de 10 dias obrigatórios e durante o período em que é atribuído o subsídio parental inicial da mãe.

No caso de nascimento de gémeos cada um dos períodos atrás referidos é acrescido de 2 dias por cada criança nascida com vida, além da primeira, a gozar imediatamente a seguir a cada um daqueles períodos

Legislação em Vigor

Artigo 47º - do Código de Trabalho

A mãe que amamenta o filho tem direito a dispensa de trabalho para o efeito, durante o tempo que durar a amamentação.

No caso de não haver amamentação, desde que ambos os progenitores exerçam actividade profissional, têm direito a dispensa para aleitação, até o filho perfazer um ano.

A dispensa diária para amamentação ou aleitação é gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de uma hora cada, salvo se outro regime for acordado com o empregador.

Se qualquer dos progenitores trabalhar a tempo parcial, a dispensa diária para amamentação ou aleitação é reduzida na proporção do respectivo período normal de trabalho não podendo ser inferior a 30 minutos.

Na anterior situação referida, a dispensa diária é gozada em período não superior a uma hora e, sendo caso disso, num segundo período com a duração remanescente, salvo se outro regime for acordado com o empregador.

Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto neste artigo

Legislação em Vigor



Artigos 35º, nº 1 j), 49º e 65º da Lei 7/2009 de 12.02

Direito do trabalhador faltar para prestar assistência inadiável e imprescindível a filho menor de 12 anos (ou, independentemente da idade, a filho com deficiência ou doença crónica) sempre que ocorra doença e acidente

➤ até 30 dias por ano ou durante o período de eventual hospitalização.

Caso de se trate de filho com 12 ou mais anos, embora com as seguintes duas particularidades:

- a) só dispõe de até 15 dias por ano;
- b) se o filho for maior, deve fazer parte do agregado familiar.

5ª Sessão

Aleitamento Materno e Artificial Regresso ao trabalho – Legislação em Vigor



Sexta Sessão



Serviço de Ginecologia e Obstetria
Curso de Recuperação Pós-Parto



6ª Sessão

Saúde oral da Criança



Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetria
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros



Serviço de Ginecologia e Obstetria
Curso de Recuperação Pós-Parto



Primeiros Dentes

A erupção da primeira dentição normalmente acontece entre os 6 e os 8 meses de idade até aos 2 anos e meio /3 anos de idade.



As meninas geralmente mais precoces.



- Entre os 2 anos e meio e os 3 anos de idade os 20 dentes temporários já estarão presentes na cavidade oral.
- Entre os 5 e os 7 anos inicia-se a dentição permanente ou definitiva pode constituir os 32 dentes, caso erupcionem os terceiros molares (sisos), o que pode não ocorrer.

A erupção mais precoce ou tardia não está necessariamente relacionada com patologia.



Se a criança não apresenta qualquer dente após completar 1 ano de vida, deve ser observada na consulta de Medicina Dentária.

Ordem dos Médicos Dentistas



Helena Bilo
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetria
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Primeiros Dentes

Os dentes temporários ou de leite têm várias funções para o desenvolvimento normal das crianças, tais como:

- Estética,
- Mastigação,
- Manter espaço para os dentes permanentes,
- Fonética,
- Influência no crescimento dos maxilares,
- Respiração
- Deglutição.



Os últimos dentes a serem substituídos não caem antes dos 11-12 anos e devem realizar as suas funções correctamente essa altura.

Ordem dos Médicos Dentistas

Sinais e Sintomas da Erupção Dentária

Os principais sintomas:

- Gengivas avermelhadas;
- Aumento da salivação;
- Perda de apetite e alteração dos hábitos nutricionais;
- Ansiedade;
- Dificuldade em dormir.

- ✓ O desconforto da criança pode ser aliviado limpando a boca 2 a 3 vezes por dia, com uma gaze molhada ou recorrendo a mordedores e geles disponíveis no mercado.

Se a criança apresentar febre, vômitos ou diarreia, deve ser consultada pelo seu médico assistente, pois pode existir outra causa subjacente.

Ordem dos Médicos Dentistas

Escovagem Dentária

De acordo com as normas da Direcção Geral da Saúde:

- **0-3 Anos:** A escovagem é realizada pelos pais a partir da erupção do primeiro dente, 2x ao dia (uma sempre ao deitar). ➔ Utilizando uma gaze, dedeira ou escova macia de tamanho adequado.
- **3-6 Anos:** A escovagem é realizada gradualmente pela criança, sempre supervisionada e auxiliada, 2x ao dia (uma sempre ao deitar). ➔ Utilizando uma escova macia de tamanho adequado. A quantidade de dentífrico fluoretado (1000-1500 ppm) deve ser semelhante ao tamanho da unha do 5º dedo da criança.
- **>6 Anos:** A escovagem é realizada pela criança, supervisionada e auxiliada caso não possua destreza manual suficiente em 2x ao dia (uma das quais sempre ao deitar).

Utilizando uma escova macia (ou em alternativa média). A quantidade de dentífrico fluoretado (1000-1500 ppm) deve ser do tamanho de uma pequena ervilha ou até 1cm de dentífrico.

Ordem dos Médicos Dentistas

1ª Consulta no Dentista

Deve ocorrer quando os primeiros dentes temporários (ou "de leite") erupcionam ou, no máximo, até à criança completar o primeiro ano de vida

Programa preventivo de saúde oral e detectar hábitos que possam ser prejudiciais.

- Quando existe uma boa saúde oral, a criança deve ser observada cada seis meses.

Em situações de elevado risco de cárie, esta periodicidade deve ser reduzida para intervalos de três meses.

Ordem dos Médicos Dentistas

Quando deixar a chupeta, o biberão ou a sucção digital?

Os hábitos de sucção não nutritiva, como a chupeta, por exemplo, devem ser abandonados até cerca dos 3 anos de idade.



Pois há possibilidade de auto-correcção de desarmonias no desenvolvimento das arcadas dentárias.

O biberão, deve ser abandonado idealmente, quando a criança completar 1 ano.

Ordem dos Médicos Dentistas



Prevenção de Cáries

- Promover a amamentação materna pelo menos até pelo menos aos 4-6 meses de idade;
- Colocar apenas leite ou água no biberão e oferecer à criança sobretudo durante o dia e nunca quando esteja a dormir;
- Não colocar líquidos açucarados no biberão, nem na chupeta;
- Quando os primeiros dentes erupcionam, promover a sua higiene, utilizando uma gaze, dedeira ou escova macia, idealmente após as refeições.

Os dentes temporários podem ser afectados por cárie tal como os definitivos e a sua evolução é mais rápida.

Ordem dos Médicos Dentistas

O Fluor

Na administração de flúor às crianças não existe consenso.



De acordo com as recomendações da Direcção Geral da Saúde:

- ✓ A prioridade, são as aplicações tópicas de fluor, sob a forma de dentífricos administrados na escovagem dos dentes, desde a erupção dentária.
- ✓ Os comprimidos e gotas anteriormente recomendados, só devem ser administrados após os 3 anos de idade, em crianças de alto risco de cárie dentária.



Os comprimidos devem ser dissolvidos na boca, lentamente, preferencialmente antes de deitar.



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bião
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Fio dentário

- A utilização do fio ou fita dentária, auxilia a higienização dos espaços interdentários e deve ser iniciada logo que possível.

Acontece normalmente entre os 8 e os 10 anos de idade, pois é quando a criança começa a ter a destreza manual e autonomia necessárias.



Ordem dos Médicos Dentistas



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Helena Bião
Enfermeira Aluna Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia
Orientadora
Professora Doutora Maria da Luz Barros

Sessões

1ª Sessão – Puerpério: Fisiologia, autocuidado, Vigilância clínica, sexualidade e contraceção

2ª Sessão - Sono e choro do bebé

3ª Sessão - Competências e desenvolvimento do bebé/ Educação parental

4ª Sessão - Vigilância de saúde infantil e segurança infantil

5ª Sessão - Aleitamento materno e artificial/ Diversificação alimentar/ Regresso ao trabalho-legislação em vigor

6ª Sessão - Saúde Oral da criança

Ordem dos Médicos Dentistas

6ª Sessão Saúde oral da Criança



ANEXOS

Anexo A: Autorização para utilização do Questionário Preocupações Maternas de Sheil et al. (1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa 2010

Titulo | Regresso a casa: Promoção do Bem-Estar da Puérpera na Experiência da Maternidade

De: Helena Bilo [mailto:Helena_bilo@hotmail.com]
Enviada: terça-feira, 8 de novembro de 2016 19:15
Para: isabelmendes@esenfc.pt
Assunto: Pedido de colaboração

Boa noite Senhora Professora Doutora Isabel Margarida Mendes,

venho por este meio pedir a sua colaboração para poder desenvolver o projecto de tese da ESMO.

Contactei com a Universidade de Coimbra onde você é docente e pedi o seu e-mail, uma vez que não o consegui encontrar. Sei que você foi informada da situação e agradeço desde já o seu contacto.

Passo então a explicar a situação:

Quero desenvolver um projecto que utilizará o questionário **Preocupações Maternas de Sheil et al. (1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa 2010** . Sendo você orientadora da tese onde eu descobri o questionário (**Preocupações maternas no pós-parto : Estudo em puérperas às três semanas após a alta da maternidade de Teresa Margarida Rosa Santos**), queria perceber a quem tenho de pedir o consentimento para utilizar o questionário português.

Agradeço a sua colaboração

com os melhores cumprimentos

Helena Bilo

Isabel Mendes <isabelmendes@esenfc.pt>
seg 28-11-2016, 21:22
Você

 Responder

EESMO

Estimada Dr.ª. Helena Bilo

Venho por este meio, em nome do grupo que validou a versão portuguesa - (**Preocupações Maternas de Sheil et al. (1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa 2010**) dar deferimento para a utilização do referido instrumento alguma dúvida disponha.


Agradecemos que nos informe posteriormente dos resultados,

Com votos de sucesso académico,

Anexo B: Pedido de Autorização ao conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo Évora- E.P.E., para aplicação de dois questionários.

A. Scabra. Infusum Järlös
pau pauces.

2016/11/15


Maria Filomena Mendes
Presidente do Conselho de
Administração

Schut gegen die
bayerische Polizei

John 12:1
18.11.216

José Chora
Enfermeiro Diretor

Ex.º Sr. Presidente do
Conselho de Administração do

Authorized

José Chora
fermeiro Director
2213-216

Hospital do Espírito Santo de Évora-E.P.E.

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de dois questionários, um de dados sociodemográficos e Obstétricos e outro questionário de Preocupações Maternas de Sheil et al. (1985), versão piloto Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa (2010), às puérperas do Serviço de Obstetria e Ginecologia.

Helena Isabel Chorão Bilo, enfermeira no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital do Espírito Santo- E.P.E. e aluna do Mestrado em Profissional de Saúde Materna e Obstetrícia, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para a recolha de dados no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, no período compreendido entre 1 de dezembro de 2016 e 30 março de 2017, às utentes que aceitem participar na intervenção.

Este formulário é parte integrante do projeto de intervenção “Retorno a casa: Promoção do bem-estar da puérpera na experiência da maternidade” que surge no âmbito da unidade curricular relatório, sob a orientação da Professora Doutora Maria da Luz Barros. Pretende-se com o questionário, identificar as principais preocupações sentidas pelas puérperas à data da alta da maternidade:

Garanto o anonimato das puérperas e a confidencialidade dos dados recolhidos, uma vez que o questionário não pede a identificação das mesmas, que aceitem voluntariamente, colaborar no estudo, assim como respeito a sua privacidade, aplicando o autorrelato como método de abordagem.

Em anexo encontram-se os instrumentos de recolha de dados.

Antecipadamente grata pela sua colaboração e disponibilidade, coloco-me à sua inteira disponibilidade para esclarecer, qualquer esclarecimento que necessite.

Pede deferimento

Évora 15 de Novembro de 2016

Helene Isabel Chen - Ballo

(Helena Isabel Chorão Bilo)

Telemóvel: 965091125

Helena bilo@hotmail.com

HEGE-EPE

RECEBIDO { Em 14/11/16
Nº 1938

RESPONDIDO { Em
Nº

Anexo C: Pedido de cedência de utilização da sala de Grupos Terapêuticos, ao Diretor do Departamento de Psiquiatria do HESE-E.P.E.

Ex.º Sr. Diretor do Departamento de Psiquiatria
do Hospital do Espírito Santo de Évora - E.P.E.

Dr. Palma Goís

Assunto: Pedido de cedência de utilização de sala, para realização de sessões de recuperação pós-parto

Helena Isabel Chorão Bilo, enfermeira a exercer funções no serviço de Puerpério do Hospital do Espírito Santo de Évora- E.P. e. atualmente a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora. No âmbito da referida formação, está a implementar o projecto "Regresso a casa: Promoção do bem-estar da puérpera na experiência da maternidade", que foi aprovado pelo conselho de ética do HESE-EPE e da Universidade de Évora, conforme anexo. Assim, vem por este meio, pedir a colaboração do Senhor Diretor na cedência do espaço físico, conforme falado anteriormente para realização das sessões de recuperação pós-parto, na sala que pertence ao espaço onde decorrem os grupos terapêuticos e as aulas de preparação para o parto. Prevê-se a utilização do espaço no período de 15 de maio a 30 de julho de 2017.

Sem mais assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Évora Maio de 2017

Helena Isabel Chorão Bilo

(Helena Isabel Chorão Bilo)

Telemóvel: 965091125

helena_bilo@hotmail.com

Noto que
a que é cedência
do espaço para
fins selecionados,
de acordo com o
os conteúdos
dos grupos terapêuticos
a realizar

José Palma Goís
Director do DESM

Anexo D: Autorização da Comissão de Ética para investigação nas áreas de saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora.



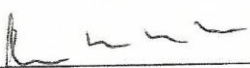
Documento

1	7	0	2	7
---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação nas Área de
Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Armando Raimundo, Professora Doutora Constança Pinto e Professor Doutor Carlos Silva, deliberaram dar, na reunião do dia 11 de Abril de 2017, o Parecer Favorável para a realização do Projeto "Regresso a casa: Promoção do bem-estar da puérpera na experiência da maternidade" dos investigadores Helena Isabel Chorão Bilo e Maria da Luz Barros.

O Presidente da Comissão de Ética


(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)